TCE 1195

S. E. S.
Fls: 1185
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

PROPOSTA TÉCNICA
VOLUME I

TÍTULO:

PROPOSTA TÉCNICA PARA O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE WALDA FERREIRA DOS SANTOS - HUTRIN,** CONFORME **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº003/2013.**

GERIR
Instituto de Gestão em Saúde

GERIR

TCE
Folha:

TCE 1186

S. E. S.
Fls: 1186
Rubrica

ÍNDICE

VOLUME I

PROPOSTA TÉCNICA

1. TÍTULO 05

2. MODELO GERENCIAL PROPOSTO 05

2.1 O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde – SUS e as Redes de Atenção à Saúde - RAS 05

2.1.1 A Área de Urgência e Emergência no Contexto do SUS 11

2.1.2 O Contexto Atual no Estado de Goiás 22

2.1.3 Descrição e Breve Análise do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN 32

2.1.3.1 Identificação 35

2.1.3.2 Síntese do Diagnóstico: Fonte CNES 36

2.1.3.3 Síntese do Diagnóstico: Informações SES/GO 39

2.2 Modelo Gerencial 44

2.2.1 Características 47

2.2.2 Objetivo Geral 49

2.2.3 Objetivos Específicos 49

2.2.4 Diretrizes Operacionais 50

2.2.5 Operacionalização da Gestão do Cuidado 54

2.2.6 Ações Estratégicas 57

2.2.6.1 Melhoria da Qualidade da Assistência 58

2.2.6.2 Melhoria da Qualidade da Gestão 58

2.2.6.3 Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos 59

2.3 Instrumentos de Comunicação e Regulação 59

2.3.1 Os instrumentos de comunicação e informação 59

2.3.2 Modelo de Regulação Assistencial 61

2.3.2.1 A Gestão Estadual e a Regulação das Referências Intermunicipais 62

2.3.2.2 A Gestão Municipal e as Referências Intermunicipais 63

2.3.2.3 Núcleo Interno de Regulação 64

2.3.2.3.1 Critérios Técnicos do Núcleo de Regulação instrumentos de Comunicação e Regulação 65

2.3.3 Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde 65

2.3.4 Transporte Inter-Hospitalar 69
2.3.5 Gestão da Informação 76
2.3.5.1 Estruturação 76
2.3.5.2 Objetivos e Níveis de Atuação 76
2.3.5.3 Os Níveis de Aplicação 77
2.3.5.4 Níveis de Desenvolvimento 78
2.3.5.5 Organização Interna do CIH 79
2.3.5.6 Projeto: Implementação de Sistemas de Gestão da Informação 82
2.3.6 Gerenciamento eletrônico de prontuários com ênfase nos sistema de informação – SIH e SIA 96

3. ÁREA DE ATIVIDADE 102

3.1 Melhoria da Qualidade da Assistência 107
3.1.1 Pontos de Atenção 107
3.1.1.1 Segurança do paciente 119
3.1.1.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem 120
3.1.2 Sistema de Apoio 126
3.1.3 Sistema Logístico 143
3.1.4 Sistema de Governança 172

3.2 Implantação de Fluxos e Gestão de Processos 172
3.2.1 Fluxos Operacionais 172
3.2.1.1 Fluxo Operacional para Circulação em áreas restritas 173
3.2.1.2 Fluxo para Registro de Documentos 174
3.2.1.3 Fluxo para Materiais Esterilizados 176
3.2.2 Implantação da Gestão 180
3.2.2.1 Regimento do Corpo Clínico 180
3.2.2.2 Regimento da Enfermagem 192
3.2.2.3 Regimento do Serviço Social 206
3.2.2.4 Regimento do Serviço de Psicologia 209
3.2.2.5 Regimento do Serviço de Fisioterapia 211
3.2.3 Implantação de Processos 216
3.2.3.1 Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos. 216
3.2.3.2 Manual de Rotinas para Administração Financeira 217
3.2.3.3 Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio 220

TCE 1197
S. E. S.
Fls: 1187
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

PROPOSTA TÉCNICA

1. TÍTULO

Proposta Técnica para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN,** conforme **Chamamento Público nº 003/2013.**

2. MODELO GERENCIAL PROPOSTO

2.1. O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde – SUS e as Redes de Atenção à Saúde - RAS

A **Constituição Federal de 1988** é uma conquista da sociedade brasileira, organizada no Movimento da Reforma Sanitária. Reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade, como os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A **Constituição de 1988** incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, propostos pelo movimento de Reforma Sanitária, expressos nos artigos 196 a 200:

- o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade);
- a integração da Saúde à Seguridade Social.

Apesar dos avanços propostos na nova legislação os interesses corporativos do setor privado e as divergências internas no Poder Executivo retardaram sua regulamentação. Apenas em setembro de 1990, a Lei n.º 8.080 — Lei Orgânica da Saúde - foi promulgada.

A **Lei n.º 8.080**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da Saúde na Constituição.

Reafirma princípios e diretrizes como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, participação da comunidade, a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, além da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros.

Apesar da proposta aprovada pelo Congresso Nacional, o Presidente Collor efetuou um conjunto de vetos em dois eixos essenciais para a implantação do SUS: o da participação popular e controle social (Conselhos e Conferências de Saúde) e o do financiamento do SUS (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse).

Também não foram incluídos dispositivos de regulação do setor privado, inclusive da atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia.

Esses vetos geraram intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias do Congresso e do Governo, o que resultou na **Lei n.º 8.142**, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências de Saúde, que deverão se reunir a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes: municipal, estadual e nacional e dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) tiveram representação garantida no Conselho Nacional de Saúde.

1198
S. E. S.
Fls: 1188
Rubrica

A Lei n.º 8.142 dispõe ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, criando os Fundos de Saúde em cada instância de governo e determinando que os repasses de recursos sejam feitos automaticamente, de fundo a fundo.

O Decreto Nº. 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamentou a **Lei 8080/90.**

O preceito constitucional do direito à saúde é um projeto nacional, de desenvolvimento sustentável, integrador e distributivo com justiça social. A concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersetorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso a terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Esta deve ser a prática permanente em todas as esferas de governo: orientar todas as políticas públicas sob a lógica da cidadania. Para a construção da cidadania e a inclusão social, seja no plano individual ou coletivo, são necessárias ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e o conjunto da sociedade. A intersetorialidade alcança a sua máxima potência nas relações articuladas do governo com a sociedade organizada e a cidadania se estabelece pelo movimento de ampliação do caráter público de todas as suas ações.

O SUS não pode ser analisado de forma isolada do conjunto da política social e econômica. A garantia do direito à saúde exige um volume crescente de recursos para realizar os investimentos, a manutenção da rede assistencial, o aporte de medicamentos e insumos estratégicos, as ações de vigilância, promoção, prevenção, a educação em saúde, entre tantas outras.

Os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção só podem ser viabilizados com um modelo de financiamento forte, expresso em leis e atos normativos que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis. Deve também ser flexível, para oferecer agilidade no uso dos recursos e com sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

Ao mesmo tempo, é nítida a perspectiva do SUS em racionalizar estes recursos, ao propor uma hierarquização e regionalização no atendimento (níveis de atenção e sistemas de referência e contra referencia), a divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e a mudança dos modelos de atenção (prioridade para a organização da atenção primária articulada aos demais níveis).

Apesar desses esforços, o ajuste estrutural representado pela necessidade de redução dos recursos disponíveis para gastos específicos do setor saúde, contribui pesadamente para a exclusão imposta a segmentos expressivos da população.

O **Brasil** vive uma situação de saúde caracterizada por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças em que convivem as doenças infecciosas, as causas externas e as doenças crônicas, mas com um forte domínio relativo das condições crônicas.

O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta em uma transformação da pirâmide etária da população. O país que tinha, em 2005, aproximadamente, 5% de habitantes com mais de 65 anos, passará a 18% nesse segmento populacional em 2050, mais de 50 milhões de pessoas idosas.

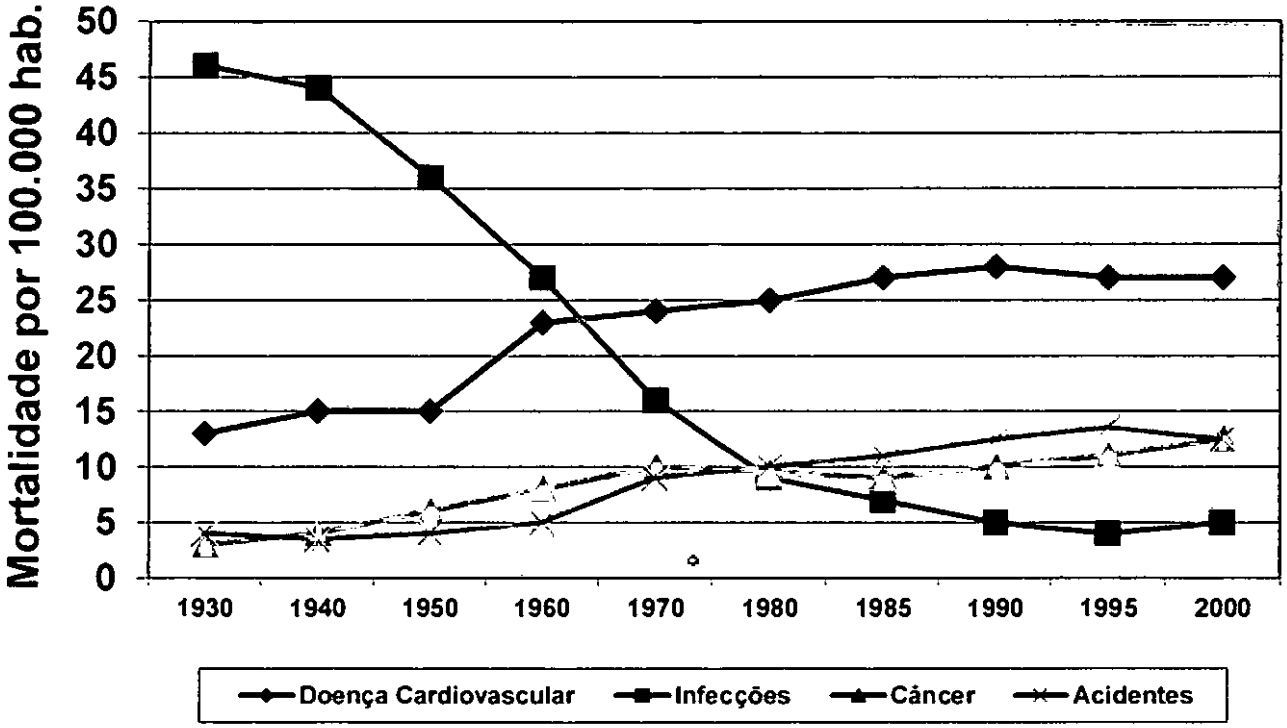
Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo de doenças crônicas. A PNAD 2003, do IBGE, mostra que, em 2003, 77,6% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles de mais de uma doença crônica.Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, **Gráfico 1,** indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% e que este valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam em 2000, por quase 30% de todos os óbitos.

S. E. S.
Fls: 1189
6
Rubrica
DE LICITAÇÃO

Gráfico 1 Evolução da Mortalidade Proporcional segundo Causas, Brasil, 1930 a 2003 (até 1970 dados só de capitais)



Fonte: BARBOSA SILVA ET AL (2003)

- A mortalidade proporcional por doenças não transmissíveis, quando se redistribui as mortes mal definidas, é alta em todas as regiões do país, mesmo naquelas mais pobres: **Tabela 1**

Tabela 1 Mortalidade Proporcional por Categorias de Causas de Óbitos com Redistribuição das Causas Mal Definidas, por Região, Brasil, 2004

REGIÕES	PORCENTAGEM
Norte	65,3
Nordeste	74,4
Centro-Oeste	69,5
Sudoeste	75,6
Sul	78,5

Fonte: MENDES, 2009.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituam as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

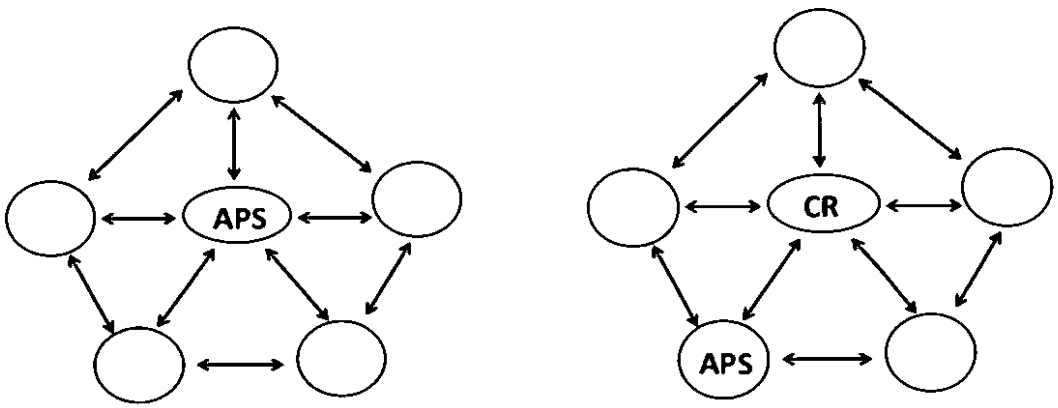
No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as **Redes de Atenção à Saúde–RAS.**

As **Redes de Atenção à Saúde** são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

As diferenças entre as Redes de Atenção às condições crônicas e às condições agudas estão no papel da **Atenção Primária à Saúde– APS** e na **forma de regulação**, como mostra a **Figura 1**.

Nas **Redes de Atenção às Condições Crônicas** a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o Centro de Comunicação das RAS, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas **Redes de Atenção às Urgências e Emergências**, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessas redes. Nesse caso, a regulação deve ser feita pelo complexo regulador com um médico na ponta desse sistema (MENDES, EUGENIO VILAÇA, 2011).

Figura 1 As diferenças entre as redes de atenção às condições agudas e crônicas



APS: Atenção Primária à Saúde

CR: Complexo Regulador

O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

O aprimoramento do **processo de pactuação entre os gestores** e do relacionamento entre estes e os **Conselhos de Saúde** é fundamental para efetivar a **descentralização e a regionalização do SUS**, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **três esferas de governo** e o **Terceiro Setor**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencialize os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a **qualidade e a integralidade** necessária para a atenção à saúde, são dificuldades que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade.

2.1.1 A Área de Urgência e Emergência no Contexto do SUS

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, em consequência do crescimento do número de acidentes e da violência urbana, e a insuficiente estruturação da rede, são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O **aumento dos casos de acidentes e violência** tem forte **impacto** sobre o **SUS e o conjunto da sociedade**. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos "serviços" que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como **"porta-de-entrada"** do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desarticulados da atenção básica e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de classificação de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes.

Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada "proliferação" de unidades de "pronto atendimento" que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de "consultas de urgência".

As doenças do aparelho circulatório representam a principal **causa de óbito** no País (32%) e as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita.

S. E. S.
Fls: 1191
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Síntese do Panorama:

- **Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde:**

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde.

Mas, para além destas ações sobre agravos inusitados, temos a observação cotidiana de velhos e repetidos agravos que nos mostram falhas na integralidade da atenção e, em especial, uma importante falta de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Assim, podemos observar uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, com quadros de diabetes mellitus descompensada, crises asmáticas de repetição, ferimentos em crianças e tantos outros, sem que quaisquer atitudes sejam efetivamente tomadas em relação a esses eventos.

- **Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos:**

Apesar da mudança na Constituição Federal, sendo a saúde considerada direito de todos e dever do estado, ainda temos a predominância do modelo técno-assistencial implementado, em especial, durante a ditadura militar. Assim, ainda hoje a estruturação das redes de atenção à saúde está fortemente influenciada por interesses de mercado, marcadamente pela oferta de serviços de alta densidade tecnológica, cujo consumo, foi introjetado pela própria população.

- **Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica:**

Por outro lado, a atenção básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente "preventivas e programáticas", em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção, trazendo como consequência uma baixa vinculação da clientela que acaba recorrendo sistematicamente às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras.

- **Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade:**

Tendo a rede de atenção se estruturado basicamente sobre os dois modelos extremos já mencionados, com pressão de oferta de alta complexidade por um lado e ações pouco resolutivas e de baixa complexidade por outro, a média complexidade acaba por representar um grande estrangulamento para a atenção integral à saúde, afetando também a atenção às urgências. Assim, observando-se o território nacional, vemos uma rede de unidades de "pronto atendimento" que, funcionando nas 24 horas, foi montada apenas para dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente acolhidos pela rede básica, funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade e à estruturação de uma "cadeia de manutenção da vida".

- **Má utilização das portas de entrada da alta complexidade:**

Por tudo isso, os pacientes acometidos por agravos de urgência, seja qual for a sua gravidade/complexidade, acabam buscando socorro nos grandes serviços, sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, delineando as já conhecidas filas nos referidos estabelecimentos.

TCE 1202

S. E. S.
Fls: 1192
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- **Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências:**

Enquanto nos grandes hospitais os pacientes se amontoam em macas por falta de leitos hospitalares para sua internação ou, ainda pior, ocupam as salas de "emergência" onde permanecem entubados e em ventilação mecânica, por falta de vagas em leitos de terapia intensiva, nos hospitais de pequeno porte temos taxas de ocupação que, na média do território nacional, não atingem os 50%.

- **Deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal:**

As urgências têm ocupado historicamente um lugar de marcada marginalidade no sistema de saúde evidenciando de maneira gritante as deficiências estruturais do SUS. Os prontos-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas absolutamente inadequadas e insuficientes, com equipamentos essenciais à manutenção da vida sucateados ou inexistentes. Com relação aos recursos humanos, destacam-se a informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho, que criam uma porta de entrada ao mercado de trabalho que atrai profissionais com habilitação inadequada para a atenção às urgências.

Assim, nas portas de urgência se alojam ora profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência para este tipo de trabalho ora profissionais de idade já avançada que nelas encontram uma das poucas opções de complementação salarial ou, ainda, profissionais super especializados que utilizam as portas de urgência como meio transitório de subsistência, até que consigam se estabelecer em suas áreas.

- **Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores:**

O despreparo profissional mencionado acima está diretamente ligado a insuficiências da formação oferecida pelos aparelhos formadores, que obedecem ainda, majoritariamente, a lógica do mercado, sendo a atenção às urgências, como já mencionado, uma área pouco reconhecida em sua importância e necessidades estruturais, até pelo próprio setor público.

- **Baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde:**

Soma-se aos fatos já mencionados a não implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS e o baixíssimo investimento em recursos humanos e em projetos de educação permanente, que geram descompromisso e desqualificação profissional progressivo.

- **Dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade da política nas pactuações:**

A estruturação histórica de um sistema marcado pela iniquidade de acesso fez com que a oferta de serviços se amontoasse nos grandes centros urbanos, atraindo a população de outros municípios menos distantes e deixando desassistidas grandes parcelas da população brasileira.

Esse modelo estrutural tem gerado disputa entre os territórios e a formação de barreiras técnicas, operacionais e administrativas no sentido de coibir a migração dos pacientes em busca da atenção à sua saúde. Assim, faz-se necessário implementar ferramentas que estimulem e viabilizem a construção de sistemas regionais de atenção integral à saúde, com financiamento e demais responsabilidades compartilhadas pelos governos federal, estaduais e municipais.

- **Incipiência nos mecanismos regionais:**

Os sistemas regionais devem ter mecanismos efetivos de encaminhamento dos pacientes (referência) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contra referência), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada nos serviços especializados.

- **Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas:**

As propostas hoje implantadas como a PPI, o PDR e o PDI contemplam, pelo menos em parte, as novas necessidades estruturais, porém, os mecanismos de avaliação e controle da implementação destas normas é ainda incipiente, o que compromete em muito o seu sucesso.

S. E. S.
Fls: 1193
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- **Falta de regulação:**

Apesar da fragilidade dos mecanismos de avaliação e controle, ações de repressão de demanda e de ajuste linear a limites financeiros historicamente estabelecidos são bastante frequentes. Neste cenário, as ações de regulação despontam como ferramenta de defesa do cidadão, buscando garantir acesso ao meio mais adequado a suas necessidades, embora sejam ainda muito timidamente desenvolvidas.

O **Ministério da Saúde**, ciente dos problemas existentes e em parceria com as **Secretarias de Saúde** dos **estados** e dos **municípios**, tem contribuído decididamente para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência da população. Em **2003**, implantou a **Política Nacional de Atenção às Urgências** avançando na construção do SUS, tendo como **diretrizes** a **universalidade**, a **integralidade**, a **descentralização** e a **participação social**, ao lado da **humanização**, a que todo cidadão tem direito. Em **2011** lança a **PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011** que o organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A realidade da Atenção das Urgências do município de Trindade – GO não difere da realidade do estado de Goiás, bem como realidade conjuntural nacional. Nos dados que explicitam o Coeficiente de Mortalidade, para algumas causas selecionadas; a transição epidemiológica e a transição demográfica pode-se constatar a similaridade com a realidade nacional.

Um dos maiores desafios encontrados hoje no Sistema de Saúde refere-se à dificuldade da Atenção às Urgências fluir em todos os níveis do Sistema. É preciso empreender esforços em todos os níveis do sistema, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Neste sentido, mais do que alcançar metas quantitativas numéricas de atendimento, a execução da **Qualificação da Atenção às Urgências** deve ser desenvolvida visando:

Ampliar a compreensão da saúde no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial e dar relevância à área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados.

As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada.

O Sistema de Saúde precisa garantir atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada e organizar o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das **linhas de cuidados** prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

A **organização** das Redes de Atenção às Urgências e Emergências faz-se segundo os seguintes critérios:

I - utilização de protocolo único de Classificação de Risco;

II - fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;

III - discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;

IV - pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;

V - compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;

VI - informatização dos processos.

(CORDEIRO JUNIOR e MAFRA, 2008).

Há evidencias sobre o bom funcionamento do Sistema de Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais, quanto em áreas específicas como as causas externas, as doenças cardiovasculares e a pediatria.

S. E. S
Fls: 1194
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Figura 2: **A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester**

Cor	Tempo – alvo em minutos
Vermelho	0
Laranja	10
Amarelo	60
Verde	120
Azul	240

Fonte: Mackway-Jones et al. (2005)

Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;

II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;

IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e

V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

No âmbito dos serviços de atenção à saúde, o **SAMU** se caracteriza como o Componente Pré-Hospitalar Móvel do Sistema de Urgência, sendo igualmente responsável pela regulação dos atendimentos de Urgência Pré-Hospitalares e pela regulação e execução das transferências de pacientes graves inter-hospitalares na sua região de abrangência.

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente a vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Considera-se atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Na **Rede de Atenção às Urgências** o **Complexo Regulador** deve atuar como elemento ordenador e orientador do Sistema de Urgência e Emergência, que tem por função organizar a relação entre os vários serviços, qualificando e garantindo o fluxo dos pacientes no Sistema e a **Central de Regulação do SAMU** atua gerindo uma porta de comunicação aberta aos usuários, através da qual as solicitações de socorro são recebidas, avaliadas, hierarquizadas e encaminhadas. Dessa forma exige-se, por parte dos profissionais, a construção de um arcabouço teórico-prático com ênfase nos atendimentos de urgência/emergência.

A capacitação contínua dos profissionais vinculados ao Sistema de Atenção às Urgências e dos profissionais que integram a equipe do SAMU pode ser considerada como um componente essencial para proporcionar a legitimação e a efetividade das ações. Nesse contexto, as diretrizes nacionais propõem a estruturação dos **Núcleos de Educação em Urgências** (NEU). O NEU se constitui em uma estrutura formalizada para executar a capacitação, a habilitação e a educação continuada dos recursos humanos.

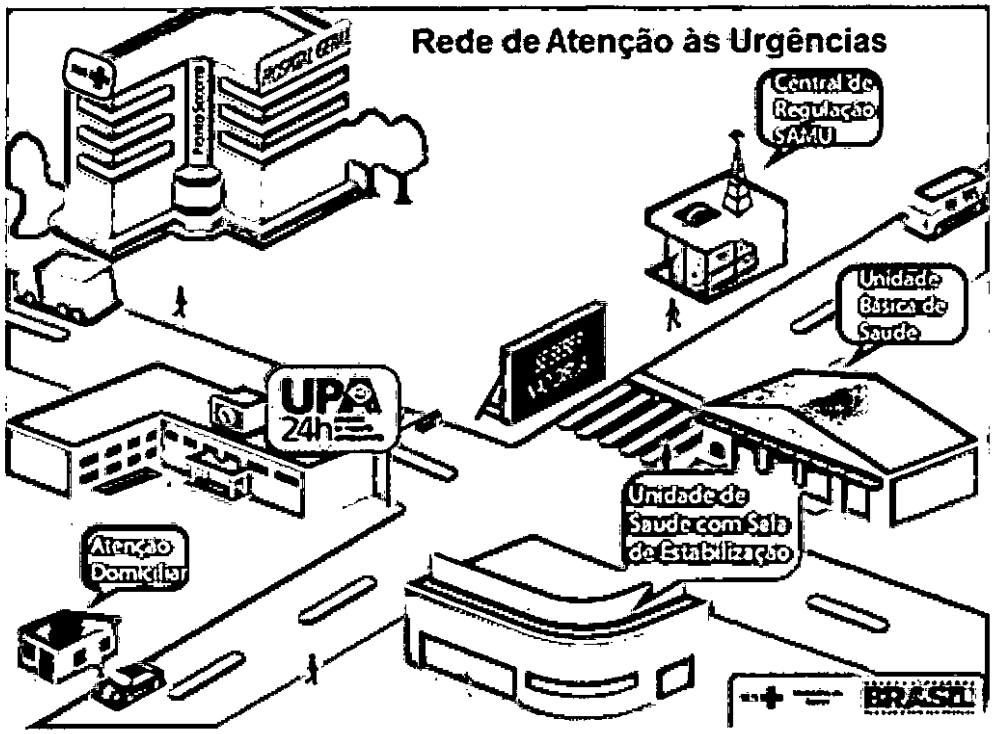
O **Componente Hospitalar** deve ser estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção às Urgências. Deve ainda priorizar a necessária e premente integração com a Rede de Atenção à Saúde, no que se refere à atenção aos casos agudos e aqueles que necessitem de estabilização inicial de suas funções vitais, conformando assim uma rede de proteção à vida em conjunto com os serviços de urgências em seus componentes pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar e pós-hospitalar.

A rede de atenção às urgências e às emergências deve ser construída utilizando-se uma matriz em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde:

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	SAMU 192	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; acionar o 192.	Município
	UBS/PSF	1° atendimento vermelho, laranja e amarelo. Atendimento verde e azul	Município
	Hospital Local	1° atendimento vermelho, laranja e amarelo Atendimento vermelho, laranja e amarelo de acordo com protocolos Atendimento amarelo e verde Atendimento àzul, fora do horário da UBS Acolher azul	Município
SECUNDÁRIA	Unidade de Urgência não Hospitalar *	1° atendimento vermelho e laranja Atendimento amarelo e verde Atendimento azul fora do horário da UBS Acolher azul	Município >200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	1° atendimento vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos Atendimento amarelo e verde Acolher azul	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	1° atendimento para vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme Protocolos Atendimento referenciado segundo protocolo Acolher azul	Microrregião
	SAMU	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Orientar verde e azul	Microrregião
TERCIÁRIA	SAMU	Atendimento a vermelho e laranja Orientar verde e azul	Macrorregião
	Pronto-Socorro Hosp. Macro	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião
	Hospital Macrorregional	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião

Os princípios contemplados na estruturação dos pontos de atenção à saúde devem priorizar o tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e a qualidade.

Figura 3 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS



2.1.2 O Contexto Atual no Estado de Goiás

Goiás, um dos 26 estados brasileiros, está situado na região Centro-Oeste do País, no Planalto Central brasileiro, ocupando uma área de 340.086 km². Sétimo estado em extensão territorial, Goiás tem posição geográfica privilegiada. Limita-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com Mato Grosso e envolve quase todo o Distrito Federal, exceto seu extremo sudeste.

Goiás possui 246 municípios. Goiânia, sua capital, é o núcleo polarizador da Região Metropolitana, aglomerado de 20 municípios que abriga mais de dois milhões de habitantes. Apesar de sediar grandes indústrias, é o setor de serviços o pilar de sua economia. A capital é um centro de excelência em medicina e vem consolidando sua vocação para o turismo de negócios e eventos. Além de apresentar bons índices de qualidade de vida, acima da média nacional, Goiânia ostenta o título de cidade com a área urbana mais verde do País.

Segundo seus aspectos físicos, possui 03 regiões hidrográficas (a Região Hidrográfica Tocantins / Araguaia, Região Hidrográfica do São Francisco e a Região Hidrográfica do Paraná). Seu solo é predominantemente do grupo Latossolo. Seu relevo é de baixa declividade em sua maior parte, formado por terras planas (chapadões). O clima do Estado possui duas estações bem definidas, um período chuvoso e outro com baixos índices pluviométricos e sua vegetação predominante é o cerrado.

O desenvolvimento econômico e social goiano teve um incremento com a fundação da nova capital, Goiânia, em 1933, e com a criação de Brasília, em 1960. Em 1988, o norte do estado foi desmembrado, dando origem ao estado do Tocantins.

Além da agropecuária, nota-se o crescimento de indústrias da área alimentícia, farmacêutica, automobilística e ao avanço da exploração de minérios, sendo os principais: níquel, manganês, calcário, fosfato, amianto, e ainda ouro e esmeraldas.

O estado está a caminho de se tornar um dos líderes nacionais na produção de etanol. Goiás fechou o ano de 2010 com produção de 2,9 bilhões de litros de álcool, com 36 usinas de álcool e açúcar em atividade e há 22 usinas em processo de implantação.

Em 2009, o Produto Interno Bruto (PIB) de Goiás apresentou maior incremento desde 1995. Sua participação no PIB nacional passou para 2,6%, se mantendo na nona posição no ranking nacional. O crescimento real da economia goiana atingiu 0,9%.

Quanto à demografia, a população de Goiás é de 6.003.078 habitantes, sendo o estado mais populoso do Centro- Oeste. Apresenta densidade demográfica de 17.65 habitantes por km². Goiânia é o município com a maior população seguido de Aparecida de Goiânia, Anápolis, Luziânia e Rio Verde. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2007 mostram que 89,52% residem na zona urbana e 10,48%, na zona rural. A população goiana é composta predominantemente por mulheres, representando 50,31% da população, contra 49,69% da masculina.

Quanto ao quesito raça-cor, **(Tabela 2)** a composição étnica de Goiás, autodeclarada, está composta por maioria parda (50,01%), seguida de branca (41,68%), preta (6,53%) e amarela ou indígena (0,14%).

Tabela 2 – População Residente por Cor ou Raça, Goiás, 2010

Cor ou Raça	População
Branca	2.502.119
Preta	391.918
Amarela	98.478
Parda	3.002.673
Indígena	8.533
Sem declaração	67

Fonte: IBGE, 2012 – Censo Demográfico 2010

A transição epidemiológica e a transição demográfica do estado apresentam similaridades com a brasileira.

De acordo com o Censo 2010, observa-se uma tendência de envelhecimento da população goiana. Comparando o Censo de 2010 com o de 2000, observa-se um incremento de 51,1% da população na faixa etária de mais de 40 anos. Esta tendência de envelhecimento da população goiana nestes últimos dez anos se deu principalmente pelo continuo declínio dos níveis de fecundidade, pela melhoria das condições de vida, refletindo numa maior expectativa de vida. Por outro lado houve redução de 0,6% da população de 0 a 19 anos. Em 2010, a população residente de 0 a 19 anos representava 32,9% da população; de 20 a 39 anos, 35,3%; de 40 a 59 anos, 22,5%; e a população acima de 60 anos era de 9,3%. A quantidade de idosos subiu 56,5% na última década, sendo que hoje a quantidade é superior à população de crianças com idade de até 04 anos.

Em 2010, a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 73,48 anos (73 anos, 5 meses e 24 dias), um incremento de 0,31 anos (3meses e 22 dias) em relação a 2009 e de 3,03 anos (3 anos e 10 dias) sobre o indicador de 2000. No estado de Goiás, a esperança de vida ao nascer, em 2009, foi de 73,9 anos.

TCE 1207
S. E. S.
Fls: 1197

A razão de dependência - peso da população em idade potencialmente inativa (0 a 14 anos e 65 anos ou mais) sobre a população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade) - tem diminuído ao longo dos anos no Estado de Goiás, passando de 46,54% em 2006 para 45,44% em 2007.

Apresentaram como questões principais do estado: tendência de envelhecimento da população goiana nos últimos dez anos; aumento da expectativa de vida; redução da população de 0 a 19 anos.

Os 246 municípios goianos estão divididos entre 05 macrorregiões e 16 regiões de saúde e em fase final de debate um novo PDRI. Apesar do debate de redes avançado no estado a assistência é ainda voltada às condições agudas; fragilidade na organização da atenção primária; falta de integralidade na assistência; políticas públicas fragmentadas; fragilidade no apoio e diagnóstico terapêutico, com consequente falta de integralidade no atendimento; baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde; grande número de hospitais de pequeno porte e modelo fragmentado.

As Tabelas 3, 4 e 5 mostram o comportamento das principais causas de internação no estado de Goiás por residência e ocorrência, nos períodos de 2010 e 2011.

Tabela 3 – Internações Hospitalares por Residência e CID 10, Goiás, 2010

Diag CID10 (capitulo)	Frequência	%
X. Doenças do aparelho respiratório	56.484	14,80
XV. Gravidez parto e puerpério	48.997	12,83
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	42.954	11,25
IX. Doenças do aparelho circulatório	39.611	10,38
XI. Doenças do aparelho digestivo	33.938	8,89
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	31.954	8,37
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	31.896	8,35
V. Transtornos mentais e comportamentais	22.775	5,97
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15.569	4,08
II. Neoplasias (tumores)	14.976	3,92
VI. Doenças do sistema nervoso	8.423	2,21
XXI. Contatos com serviços de saúde	8.146	2,13
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6.341	1,66
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4.648	1,22
XVIII. Sint sinais e achada norm ex clín e laborat	4.594	1,20
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4.186	1,10
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2.886	0,76
VII. Doenças do olho e anexos	1.551	0,41
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.323	0,35
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	415	0,11
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	102	0.03
Total	381.769	100

Tabela 4 – Internações Hospitalares por Residência e CID 10, Goiás, 2011

Diag CID10 (capitulo)	Frequência	%
X. Doenças do aparelho respiratório	40.339	14,63
XV. Gravidez parto e puerpério	36.508	13,24
IX. Doenças do aparelho circulatório	29.427	10,67
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	26.663	9,67
XI. Doenças do aparelho digestivo	25.158	9,13
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	22.306	8,09
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21.523	7,81
V. Transtornos mentais e comportamentais	18.958	6,88
II. Neoplasias (tumores)	11.745	4,26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9.636	3,50
VI. Doenças do sistema nervoso	6.151	2,23
XXI. Contatos com serviços de saúde	6.126	2,22
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5.112	1,85
XVIII. Sint sinais e achada norm ex clin e laborat	3.782	1,37
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3.726	1,35
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.989	1,08
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2.173	0,79
VII. Doenças do olho e anexos	1.696	0,62
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.230	0,45
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	310	0,11
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	120	0.04
Total	**275.678**	**100**

Tabela 5 – Internações Hospitalares por Ocorrência e CID 10, Goiás, 2010

Fonte: Tabwin-Datasus

Diag CID10 (capitulo)	Frequência	%
X. Doenças do aparelho respiratório	56.646	14,74
XV. Gravidez parto e puerpério	49.145	12,79
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	43.147	11,23
IX. Doenças do aparelho circulatório	40.004	10,41
XI. Doenças do aparelho digestivo	34.109	8,88
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	32.176	8,37
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	32.009	8,33
V. Transtornos mentais e comportamentais	23.119	6,02
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15.608	4,06
II. Neoplasias (tumores)	15.227	3,96
VI. Doenças do sistema nervoso	8.600	2,24
XXI. Contatos com serviços de saúde	8.212	2,14
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6.394	1,66
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4.690	1,22
XVIII. Sint sinais e achada norm ex clin e laborat	4.615	1,20
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4.214	1,10
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2.897	0,75
VII. Doenças do olho e anexos	1.607	0,42
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.356	0,35
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	416	0,35
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	102	0,03
Total	**384.293**	**100**

TCE 1208

S.E.S.
Fls: 1198
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

As causas de internações hospitalares de residentes em Goiás no ano de 2010 pouco diferiram em comparação as principais causas de internação em 2011.

As doenças do Aparelho Respiratório responderam, em 2010, por 14,80% do total de internações de residentes de Goiás. Acredita-se que tais internações podem ser em decorrência de mudanças bruscas de temperatura; baixa umidade do ar na maior parte do ano; desnutrição; poluição dos grandes centros; aglomeração de pessoas em determinados locais; uso do tabaco; especificidade das faixas etárias: criança e idoso; doenças ocupacionais.

A gravidez, parto e puerpério responderam, em 2010, por 12,83% do total de internações tendo em vista que a quase totalidade dos partos são hospitalares e a taxa de Cesárea é de 61,57%.

Em terceiro lugar, Algumas Doenças Infecciosas e Parasitarias responderam por 11,25% das internações. O baixo grau de escolaridade e as condições econômicas interferem no aumento dos índices destas doenças. As doenças do Aparelho Circulatório responderam por 10,38% das internações. Tal situação tem relação com a baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde, problemas culturais, tipo de alimentação, faltam de atividade física, baixo desenvolvimento de ações de promoção à saúde. Estas situações agravadas com o envelhecimento da população levam a quadros agudos de doenças crônicas e ao incremento de internações nas redes de urgência e emergência.

De acordo com os dados do Sistema de Mortalidade – SIM, observamos na série histórica de 2006 a 2010 **(Tabela 6)** que as maiores causas proporcionais de óbitos no estado são: Doenças do Aparelho Circulatório, Causas Externas (Violências e Acidentes), Neoplasias e Doenças do Aparelho Respiratório.

Tabela 6 – Frequência do Óbito por CID10, Goiás, 2010

Causa (Cap CID10)	2006	2007	2008	2009	2010	Total	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.477	1.442	1.554	1.501	1.619	7.593	5,13
II. Neoplasias (tumores)	3.685	3.981	4.024	4.370	4.559	20.619	13,94
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	96	149	130	152	163	690	0,47
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.259	1.372	1.498	1.547	1.724	7.400	5,00
V. Transtornos mentais e comportamentais	290	312	326	267	324	1.519	1,03
VI. Doenças do sistema nervoso	471	498	532	566	658	2.725	1,84
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	1	1	1	3	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	4	3	3	2	16	0,01
IX. Doenças do aparelho circulatório	7.880	7.935	8.531	8.391	8.589	41.326	27,9
X. Doenças do aparelho respiratório	2.882	3.055	3.438	3.455	3.758	16.588	11,22
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.457	1.583	1.714	1.722	1.766	8.242	5,57
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	52	38	50	51	67	258	0,17
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	112	98	104	111	119	544	0,37
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	390	488	474	607	626	2.585	1,75
XV. Gravidez parto e puerpério	42	29	39	41	44	195	0,13
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	765	706	679	685	689	3.524	2,38
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	321	316	342	327	313	1.619	1,09
XVIII. Sint sinais e achada norm ex clín e laborat	1.900	1.853	1.842	1.778	1.875	9.248	6,25
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.128	4.294	4.865	4.921	5.002	23.210	15,6
Total	**27.211**	**28.153**	**30.146**	**30.496**	**31.898**	**147.904**	**100**

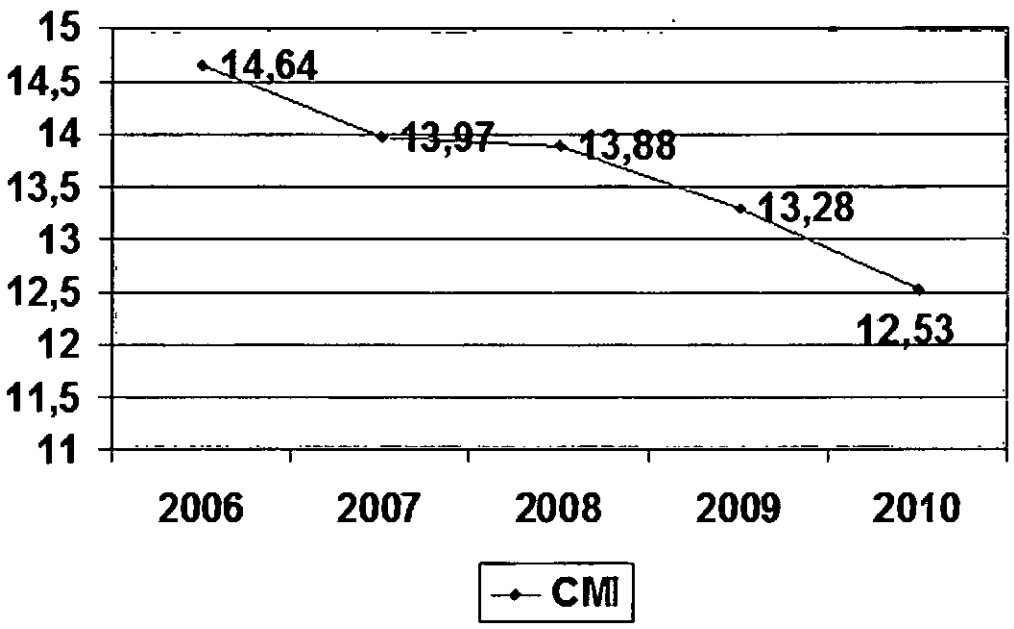
Fonte: SIM

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) apresenta-se em declínio de 2006 a 2010 como mostra o **Gráfico 2.** Os dados de 2010 ainda estão em aberto podendo sofrer alterações.

S. E. S.
Fls: 1199
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

GE 1209

Gráfico 2 – CMI – Goiás, 2006 – 2010



Fonte: SIM

O Estado conta com uma rede própria de serviços sob a sua gerência em Goiânia, mas sob gestão municipal. Esta rede constitui-se de:

01 Hospital de Urgências / HUGO

01 Hospital Geral Especializado / HGG

01 Hospital de Referência em Doenças Infecto-contagiosas / HDT

01 Hospital Dermatologia Sanitária / HDS

01 Hospital de Medicina Alternativa / HMA

01 Hospital Materno Infantil / HMI

01 Centro de Odontologia Especializada

01 Laboratório de Saúde Pública / LACEN

01 Centro Integrado Médico Psicopedagógico / CIMP

01 Hemocentro / HEMOG

02 Maternidades / M.D. Íris e N. Sra. de Lourdes

01 Central de Medicamentos de Alto Custo

O Estado conta, também, com um Hospital de Urgências no município de Aparecida de Goiânia e Trindade, respectivamente denominados, de Hospital de Urgência de Aparecida de Goiânia – HUAPA e Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.

Em 2005, o Plano Diretor Regional (PDR) - GO foi revisto, quando foram instituídas as macrorregiões, frente à dificuldade de habilitação de serviços de alta complexidade, devido ao porte populacional das regiões anteriormente estabelecidas, que não alcançavam os parâmetros populacionais recomendados. Nesta revisão o Plano Diretor de Investimento (PDI) não foi atualizado.

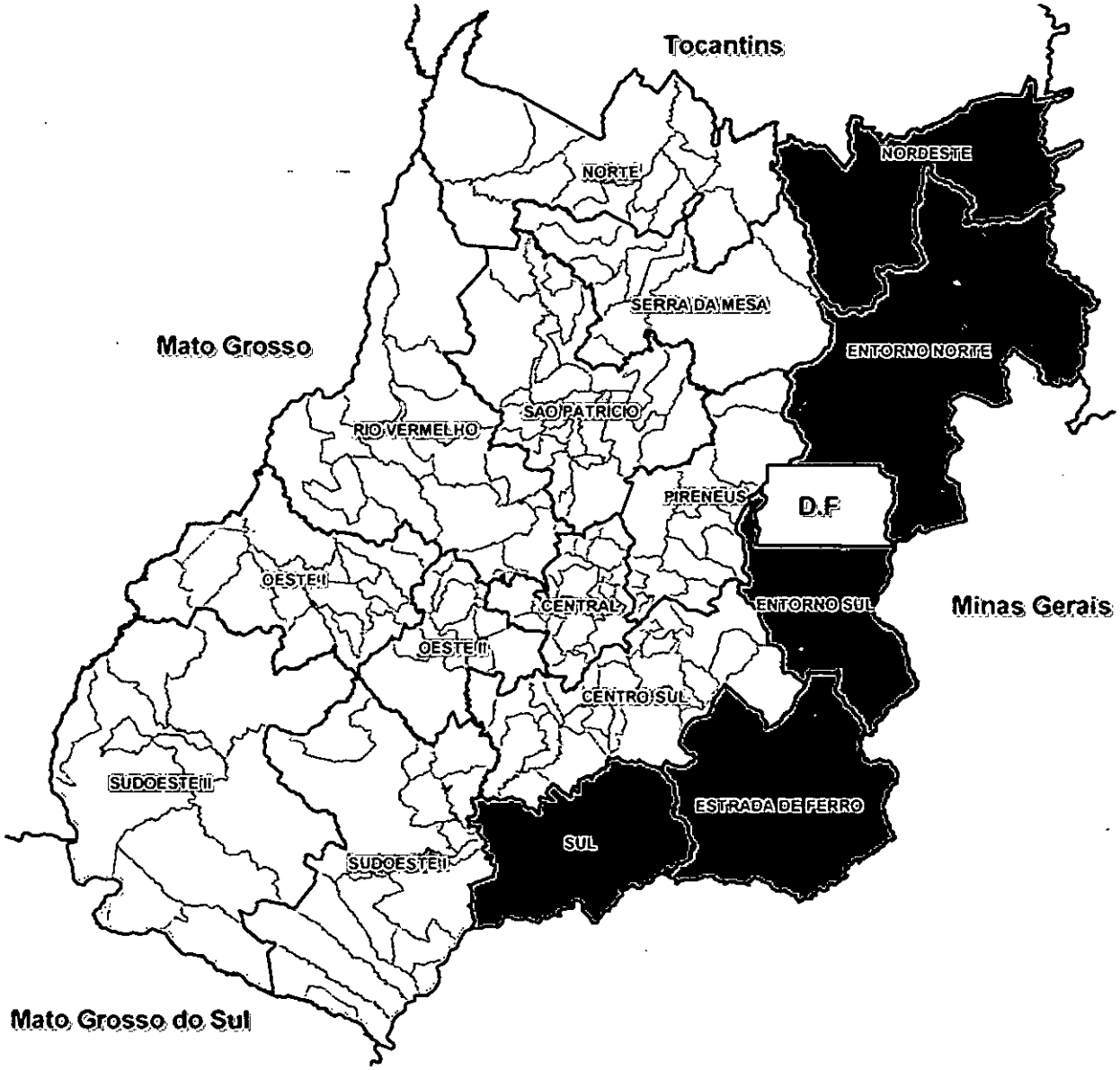
A configuração atual do PDR contempla 05 Macrorregiões e 16 Regiões de Saúde, 15 Sedes Administrativas e 246 municípios, conforme **Tabela 7.**

REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE GOIAS				
MACRORREGIÃO/ POPULAÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO (habitantes – IBGE 2010)	MUNICÍPIO PÓLO	Nº Municípios
Centro – Oeste 2.820.301 hab.	Central	1.638.455	Goiânia	25
	Centro Sul	765.578	Aparecida de Goiânia	25
	Rio Vermelho	196.144	Goiás	18
	Oeste I	113.883	Iporá	16
	Oeste II	106.241	São Luis dos Montes Belos	13
Centro – Norte 1.023.991 hab.	Pirineus	482.574	Anápolis	12
	São Patrício	285.085	Ceres	26
	Norte	136.922	Porangatu	13
	Serra da Mesa	119.410	Uruaçu	09
Nordeste 1.092.945 hab.	Entorno Norte	303.703	Formosa	17
	Entorno Sul	727.628	Luziânia	07
	Nordeste	61.614	Campos Belos	07
Sudoeste 573.772 hab.	Sudoeste I	376.125	Rio Verde	17
	Sudoeste II	197.647	Jataí	10
Sudeste 493.036 hab.	Sul	232.769	Itumbiara	13
	Estrada de Ferro	260.267	Catalão	18
05 macrorregiões	16 Regiões	6.004.045	16 municípios pólos	246 municípios

ICE 1210

S. E. S.
Fls: 1200
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Figura 4: Mapa da Regionalização no estado de Goiás



2.1.3 Descrição e Breve Análise do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.

O Sistema Único de Saúde tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância, com resultados inquestionáveis para a população brasileira. Mas os problemas persistem e precisam ser enfrentados para que o SUS seja um sistema público universal com serviços de qualidade. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar, como o desafio da universalização; do financiamento; do modelo institucional; do modelo de atenção à saúde; da gestão do trabalho; e da participação social.

As situações de saúde que se apresentam cotidianamente como urgências e os graves problemas observados na estruturação do sistema de atenção à saúde constituem-se na visão dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, como um grave e importante problema de saúde em nosso país, sendo prioritário desenvolver ações que efetivamente priorizem a área de Urgência, com o objetivo de proteger a vida e melhorar as condições de saúde da população.

Um dos problemas a ser enfrentado refere-se à distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência, agravadas com a situação de maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, que por outro lado, não significa garantia efetiva de oferta e acesso à população.

Outro desafio está no processo de trabalho extenuante que, associado a problemas de qualificação e capacitação e a outros conflitos próprios das relações de trabalho e da organização do atendimento (carência de protocolização, acolhimento e triagem de risco), implicam em baixa resolubilidade da assistência e na desumanização das relações entre trabalhadores da saúde e o binômio paciente-família.

Reafirmando, a realidade da Atenção das Urgências no estado de Goiás não difere da realidade conjuntural nacional.

O **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**- unidade que faz parte da rede integrada de atendimento sob gerência do Estado e de gestão municipal.

S. E. S.
Fls: 1201
Rubrica
DEPTO DE LICITAÇÃO

O município de Trindade compreende área de 719, 75km^2 e população de 98.159 habitantes. Faz parte da região metropolitana de Goiânia e possui somente uma unidade hospitalar, HUTRIN, que atende a sua população, os municípios circunvizinhos.

Atualmente, Trindade possui 30 unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), porém com carência de médicos. Vale ressaltar que o único Centro de Saúde existente encontra-se fechado, o que acarreta demanda injustificada de serviços da rede básica de saúde ao hospital.

É uma unidade assistencial com atividades de Ensino e Pesquisa, de Baixa e Média Complexidade, com demanda espontânea e referenciada, especializado em Urgência/Emergência, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Urologia, sendo referência para o município de Trindade e municípios circunvizinhos de Palmeiras, Campestre, Santa Bárbara, com funcionamento da Emergência de 24 horas, 7 dias da semana, ininterruptamente e de ambulatório de segunda a sexta-feira das 7:00 às 19:00hs.

A estrutura física da unidade conta com 04 blocos de arquitetura horizontalizada. Apresenta capacidade para Urgência/Emergência; Enfermarias Clínicas; Clínica Cirúrgica e Obstétrica; Centro Cirúrgico, Internação; Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT; Internação; Eventos Adversos Moderados e Graves Pós Vacinação – EAPV.

No **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN,** a Gestão Municipal de Saúde, com responsabilidade sanitária e institucional entende o quadro conjuntural da saúde exige um esforço ampliado de todos os setores da sociedade, em busca de uma atenção às urgências que além de oferecer uma maior cobertura, um dos reconhecidos avanços do SUS, assegure um tratamento com qualidade, humanizado, integral e contínuo.

A Gestão Estadual de Saúde objetivando uma reflexão sobre o sistema de saúde, os seus principais problemas e a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema, iniciou o processo de implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Planificação da Atenção Primária à Saúde.

O **Instituto GERIR** considera um desafio participar dessa profunda transformação introduzida na Gestão Estadual de Saúde e estabeleceu um projeto com base em um diagnóstico realizado a partir das *informações sobre a unidade de saúde colhidas in loco, contidas no anexo V do Instrumento de Chamamento Público nº 003/2013 e no* Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Este diagnóstico preliminar possibilitou levantar fortalezas e nós críticos da Instituição Hospitalar e nortear as ações e atividades tanto para adequação quanto para direcionamento da gestão hospitalar.

Neste sentido, o **Instituto GERIR,** vem apresentar uma **Proposta de Trabalho** de cooperação técnica e com atuação integrada.

A proposta elaborada visando a **Qualificação da Atenção às Urgências** através da implementação de um modelo gerencial, integrado com as políticas da Gestão Estadual e Municipal de Saúde, requer uma adesão responsável aos objetivos e metas e deve estar orientado pelo **Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual e Municipal** e com foco no Componente de Ação:

Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção às Urgências incluindo o **Hospital de Urgências de Goiânia/HUGO.**

O **Instituto GERIR** se propõe ainda, na **Qualificação da Atenção às Urgências** implementar um **Processo de Trabalho** voltado para:

- Apoiar a Gestão Estadual e Municipal na condução do SUS, no âmbito de seu território, de modo que alcance de resolutividade e qualidade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;
- Apoiar a Gestão Estadual e municipal na implementação das Redes de Atenção á Saúde;
- Apoiar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da Atenção às Urgências;
- Apoiar a participação e o controle social;

S. E. S.
Fls: 1202
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Realizar Gestão hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de metas;
- Apoiar busca de habilitações coerentes ao hospital no Ministério da Saúde
- Aperfeiçoar recursos e capacidades;
- Otimizar os trabalhadores e fomentar mudança das práticas com uso de ações educativas propostas pelo SUS;
- Implementar a Política de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;
- Desenvolver ações de monitoramento e avaliação em colaboração com o estado.
- Buscar certificação de qualidade.

O Modelo Gerencial, a ser implantado no **HUTRIN** pelo **Instituto GERIR,** vai manter a **Missão** e **Visão** da Instituição Hospitalar, pautada nos princípios de resolutividade, efetividade e qualidade da assistência da saúde.

A presente Proposta de Trabalho descreverá todos os aspectos sugeridos no **Roteiro de Elaboração** constante no **aviso de chamamento público nº 003/2013,** porém, visando trabalhar didaticamente e facilitar a compreensão e avaliação da referida proposta, esses aspectos foram distribuídos no corpo desta focando na organização dos conteúdos de forma mais sistematizada.

2.1.3.1 Identificação

CNES: 5095808

Tipo Unidade: Hospital Geral com Pronto Atendimento, com atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária especializado em Baixa e Média Complexidade para atendimento de Urgência/Emergência, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica com demanda espontânea e referenciada.

Turno de Atendimento: Atendimento contínuo de 24 horas/dia (plantão: inclui sábados, domingos e feriados).

Endereço: Rua Maria Pedro de Oliveira esquina com Rua 5S/N

Bairro: Jardim Primavera **CEP:** 75380000

Município: Trindade- GO

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado de Saúde de Goiás

Gestão do Sistema: Secretaria Municipal de Saúde de Trindade

2.1.3.2 Síntese do Diagnóstico: Fonte CNES

Caracterização da Unidade

Tipo de Unidade: Hospital Geral

Tipo de Atendimento: Ambulatorial; Internação; SADT; Urgência/Emergência.

Fluxo de Clientela: Atendimento de demanda espontânea e referenciada

Fonte: CNES

PROFISSIONAIS SUS	
Categoria	
Médicos	
Outros	

Dados Coletados: Contrato por prazo determinado: 177

Nó crítico: Dificuldades e déficit em RH, Núcleo Interno de Regulação, Faturamento. RH sem capacitação e ou Educação Permanente.

Fonte: CNES

Nível de Atenção	Atividade	Gestão
Ambulatorial	Média Complexidade	Municipal
Ambulatorial	Alta Complexidade	Municipal
Hospitalar	Média Complexidade	Municipal

Dados Coletados: Sistema não informa todos os procedimentos realizados.

Nó crítico: Não existe uma série histórica sistematizada para apresentação visando correção de distorções. Classificado como Média Complexidade e realiza Alta Complexidade para atendimento ambulatorial e média complexidade hospitalar. Porém realiza atendimento de baixa e média complexidade para atendimento ambulatorial.

Hospital **Não Avaliado** Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde.

Classificação de Risco: A unidade, Pronto Socorro Geral não estabelece Classificação de Risco baseado no Modelo Manchester.

Nó crítico: A Classificação de Risco: Modelo Manchester tem que ser utilizada, atendendo as prerrogativas de segurança no atendimento e qualidade de assistência à saúde.

S.E.S. Fls: 1203 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Regulação: A Regulação Assistencial é municipal.

Dados Coletados: O médico, o SAMU e o Bombeiro regulam. Estabelecido o Vaga Zero.

Nó crítico: O **HUTRIN** está na esfera Administrativa Estadual com regulação municipal. Não existe sistema de informação e controle efetivo da ocupação dos leitos. Não estão estabelecidos os fluxos assistenciais.

Leitos Hospitalares:

Dados Coletados no Anexo II – Instrumento de Chamamento Público: 59 leitos, destes 08 leitos estão destinados para observação; 16 leitos para internação de clínica cirúrgica; 15 leitos para internação de clínica médica; 07 leitos para internação obstétrica; 05 leitos para internação pediátrica e 08 para leitos para Unidade de Cuidados Intermediários.

O CNES informa 58 leitos, destes 07 estão destinados para internação cirúrgica; 25 para internação clínica; 08 para internação obstétrica clínica, 12 para internação obstétrica cirúrgica e 06 para internação pediátrica clínica.

DESCRIÇÃO E LEITOS EXISTENTES – Fonte CNES

ESPECIALIDADE	Número de Leitos
Internação cirúrgica	07
Internação clínica	25
Internação obstétrica	08
Internação obstétrica cirúrgica	12
Internação pediátrica clínica	06
TOTAL	**58**

Nó crítico:

Não estão cadastrados no CNES leitos destinados a Unidade de Cuidados Intermediários.

* Não Informado adesão: **PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011** que Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: CNES

Instalações Físicas para Assistência:

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Instalação:	**Qtde/Consultório:**	**Leitos/Equipos:**
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	02	0
SALA PARA ATENDIMENTO FEMININO	05	15
SALA PARA ATENDIMENTO MASCULINO	05	15
SALA DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	01	08
SALA DE CURATIVO	01	0
SALA DE GESSO	02	06
SALA DE HIGIENIZAÇÃO	01	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	01	0
SALA REPOUSO/ OBSERVAÇÃO– FEMININO	01	02
SALA REPOUSO/ OBSERVAÇÃO– INDIFERENCIADO	01	04
SALA REPOUSO/ OBSERVAÇÃO– MASCULINO	01	02

Fonte: CNES

HOSPITALAR		
Instalação:	**Qtde/Consultório:**	**Leitos/Equipos:**
SALA DE CIRURGIA	01	06
SALA DE PARTO NORMAL	01	06

Fonte CNES

Serviços de Apoio:

Ambulância: próprio

Central de Esterilização de Materiais: próprio

Farmácia: próprio

Lavanderia: próprio

Necrotério: Próprio.

SAME: próprio

Serviço de Manutenção de Equipamentos: próprio

Serviço Social: Próprio.

Serviço de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar.

Serviço de Atenção Cardiovascular/Cardiologia: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar.

Serviço de Diagnostico por Imagem: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar. **Serviço de Diagnostico por Laboratório Clínico:** Próprio. Ambulatorial e Hospitalar.

Serviço de Diagnostico por Métodos Gráficos Dinâmicos: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Serviço de Endoscopia: Próprio. Ambulatorial.

Serviço de Fisioterapia: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Serviço de Suporte Nutricional: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Serviço de Urgências: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Serviço de Terapia Intensiva: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Serviço de Vigilância em Saúde: Próprio. Ambulatorial e Hospitalar

Fonte CNES

Comissões e Outros:

Em funcionamento:

Controle de Zoonoses e vetores

CIPA

Investigação Epidemiológica

Notificação de Doenças

Controle de Infecção Hospitalar

2.1.3.3 Síntese do Diagnóstico: Informações SES/GO

Ensino e Pesquisa do HUTRIN

As atividades de ensino, pesquisa e extensão nos hospitais da rede hospitalar da Secretaria Estado de Saúde de Goiás encontra-se em processo de certificação junto ao Ministério da Saúde/Ministério da Educação para obtenção de certificado de hospital de Ensino e Pesquisa do SUS. Dessa forma. A unidade deverá se adequar as exigências do MEC para devida certificações para que possa desenvolver atividades em parceria com instituições de ensino profissionalizante e de ensino superior, oferecendo campos de prática para estágios de graduação, estágios de cursos profissionalizantes e de pós-graduação.

Urgência /Emergência

A porta de entrada dos pacientes é o pronto socorro.

ALA Esquerda - Pronto Atendimento

Possui 17 salas assim distribuídas:

Sala de classificação de risco	01
Box de Observação com 2 macas cada	04 box, totalizando 08 macas
Box para triagem	01
Sala de emergência com 2 macas	01
Sala de expurgo	01
Sala de preparo de medicação	01
Sala de inaloterapia e soroterapia	01 com 03 cadeiras e 01 banheiro
Sanitários	01 masculino, 01 feminino
DML	01
Sala de vacina	01 que atende apenas emergência, com as vacinas antirrábicas, dT , soros, hepatite e BCG.
Consultórios de emergência	03

ALA Direita - Ambulatório

Composto de 15 salas e 2 consultórios, para atender aos usuários egressos da instituição hospitalar e referenciados assim divididas:

Recepção de internação e consultas eletivas	01 consultório
	Sala anexa para regulação dos pacientes da emergência

Consultórios Clínicos	01 – Obstetrícia
	01 – Urologista e Cirurgia Geral
Sala de procedimentos usada para realização de suturas e pequenas cirurgias	01
Sala de gesso	01
Sala de curativos	01
DML	01
Sala de depósito	01
Laboratório	01 sala para capela
	01 sala para realização de exames com ante câmera
	01 sala de coleta
Sala de Raio X Convencional com 01 aparelho de 500 A e 01 aparelho móvel de 100A	01 - com 01 sala pequena anexa para câmara escura

TCE 1215

S. E. S. Fls: 1205 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Enfermarias Clínicas

Clínica Médica

03 Enfermarias adulto com 04 leitos cada, com metragem de 4,60m x 4 m	12 leitos
01 Enfermaria com 03 leitos com metragem de 4,60 m x 4m	03 leitos
UCI adulto	02 Enfermarias com 04 leitos cada e metragem de 6,20 m x 4m.
Enfermaria Pediátrica	01 cama e 04 berços
Berçário	09 berços e 01 aquecido
Total de leitos da Clínica Médica	**15 leitos**
Total de leitos da UCI	**08 leitos**
Total de leitos pediátricos	**05 leitos**

A UCI encontra-se desativada por falta de RH e insumos médicos hospitalares suficientes.

Clínica Cirúrgica e Obstétrica

04 Enfermarias adulto com 04 leitos cada com metragem de 4,60m x 4 m	16 leitos
01 Enfermaria Obstétrica de 03 leitos com metragem de 4,60m x 4m	03 leitos
01 Enfermaria Obstétrica de 04 leitos	4
Sala de preparo de medicação	1
Copa	1
Sala pequena com pia	1
Expurgo	1
DML	1
Roupeiros	2
Total de leitos da Clínica Cirúrgica	**23 leitos**
Total de Leitos do Hospital	**51 leitos**

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

Centro Cirúrgico

SALAS	Cirurgia	2
	Recuperação Pós- Anestésica - RPA	2
	Vestiário masculino	1
	Vestiário feminino	1
	DML	1
	CME	4
	Copa	1

Internação

Oferece atendimento em:

- Ginecologia
- Obstetrícia
- Pediatria
- Ortopedia
- Urologia
- Cirurgia Geral

Parte externa do hospital

Sala para almoxarifado da Farmácia	1
Sala de Faturamento	1
Sala de gerador	1
Sala para guarda de material de	1
Necrotério	1
Sala do gerador	1
Sanitário para funcionários	1
Salas para guarda de mobiliário e equipamentos médico hospitalar em desuso	1
Espaço para lixo hospitalar	1

S. E. S.
Fls: 1206
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Dispõe de Serviços de Imagiologia e Apoio Diagnóstico tais como:

Radiologia Convencional	Análises Clínicas

O exame e o laudo técnico de Radiologia Convencional deverão ser realizados pela Central Remota de Laudos.

A Divisão de RX está localizada no Lado D do Pronto Atendimento – P. A e possui 02 salas assim distribuídas:

Sala de Rx com 1 aparelho de 500 A fixo e 1 aparelho móvel de 100 A	1
Sala de câmara escura pequena	1

Internação

Leitos de Observação (reversível)	8 leitos
Enfermarias de Clínica Médica	15 leitos
Enfermarias de Clínica Cirúrgica	16 leitos
Enfermarias Clínica Obstétrica	7 leitos
Enfermarias de Clínica Pediátrica	5 leitos
UCI	8 leitos
Total de Leitos Hospitalares	**59 leitos**

Eventos Adversos Moderados e Graves Pós Vacinação – EAPV

O EAPV presta atendimento aos indivíduos que tenham recebido algum imunobiológico e venham a apresentar complicações moderadas e graves causadas pelas vacinas do Calendário de Imunização. Deverá ser feita a notificação de todos os eventos, por meio do preenchimento de formulário de notificação e investigação de eventos adversos pós-vacinação, e informar os EAPV graves e /ou inusitados, por telefone, à Divisão de Imunização do Município de Trindade ou à Coordenação Estadual de EAPV.

2.2 Modelo Gerencial

O Modelo Gerencial Proposto: Qualidade e Integralidade do Cuidado.

A **qualidade** tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pelo **Instituto de Gestão em Saúde – GERIR** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

No Século XX, várias transformações de ordem econômica, social, cultural e tecnológica foram observadas na sociedade, com reflexos nas organizações, o que provocou mudanças nas filosofias de administração, controle e gestão da produção de bens e serviços. As transformações nas organizações de saúde, principalmente as tecnológicas de custo elevado, nem sempre são acompanhadas de novas formas de gestão, capazes de promover a satisfação dos profissionais e de responder às demandas dos clientes.

As dificuldades internas das organizações, em seus múltiplos aspectos, provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos. É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato dos usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas.

S.E.S.
Fls: 1207
6
Rubrica

Há, portanto, um grande descompasso entre o que prevê as novas formas de gestão contemporânea e as formas de gestão adotadas pelos serviços de saúde.

Para os dirigentes da área de saúde mais comprometidos com a assistência à população, uma questão se coloca: como atender às necessidades dos usuários do serviço de saúde e dos trabalhadores, garantindo ao mesmo tempo, a sobrevivência da organização?

Algumas sinalizações, embora tímidas no campo prático, começam a aparecer, principalmente na área gerencial, e a rigidez dos modelos tradicionais vem sendo gradativamente substituída por novas formas, mais condizentes com o momento atual. Teorias da administração, principalmente nos componentes hospitalares estão sendo abarcadas: Administração Flexível, Integração Horizontal (Alianças Estratégicas ou Fusões) e Integração Vertical.

Verifica-se a necessidade de novos estilos e práticas de gestão, mais condizentes e compatíveis com a realidade atual e que possa atender adequadamente às necessidades dos usuários e trabalhadores de saúde.

A velocidade das mudanças experimentadas pela sociedade, com reflexos claramente perceptíveis nas organizações, culminou com a adoção de princípios de Administração Flexível que pode ser compreendida como "o processo de gestão que leva a empresa a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo, tais como: demanda de clientes, as inovações tecnológicas cada vez mais constantes e imprevisíveis e as novas formas de concorrência" (MÉDICI & SILVA, 1993).

O novo modelo gerencial proposto pelo **Instituto de Gestão em Saúde – GERIR** é introduzido objetivando reverter práticas organizacionais baseadas na teoria clássica e visa uma gerência com maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, podendo haver mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais.

Para estabelecer este modelo gerencial proposto a prática do princípio da integralidade: o cuidado como síntese de múltiplos cuidados é fundamental.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é resultado dos somatórios de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira pactuada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.

O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares (PINHEIRO, 1998), caracterizada, entre outras coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Para ilustrar é plausível o estabelecimento de cuidados de um paciente com diabetes internado com um quadro descompensado:

- Cuidados iniciais do plantonista, que o recebe e interna a partir do pronto-socorro;
- Cuidados da enfermagem,
- Poderá ser visto pelo: cirurgião vascular, cardiologista, endocrinologista, nutricionista, assistente social e psicólogo;
- Realizarão exames, alguns deles bastante complexos, realizados em serviços diferentes e por profissionais distintos.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MERHY&CECILIO, 2002).

1217
S. E. S.
Fls: 1208
6
Rubrica

Esta dinâmica, cada vez mais presente na vida dos hospitais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe "como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal a hierarquia e a rigidez de papéis codificados" (NICÁCIO *apud* SILVEIRA, 2003); a outra, é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

Nesta medida, o tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como uma estratégia para a gestão hospitalar.

2.2.1 Características

- O trabalhador é visto como uma pessoa criativa, que participa das discussões de grupo, tendo um papel determinante na organização do trabalho e resultados;
- A capacitação e aperfeiçoamento de pessoal passa a ser um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional;
- Os salários e condições de trabalho passam a ser negociados, de forma flexível, em função da condição real específica do hospital;
- O hospital apresenta total visibilidade no que diz respeito às informações econômicas, financeiras e contábeis no momento da negociação;
- Há redução dos níveis hierárquicos e as chefias participam do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho e o produto final;
- O controle da qualidade passa a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permite conhecer melhor as falhas e corrigi-las;
- A comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia do hospital;

- Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, visando adaptações às exigências conjunturais;
- As estruturas administrativas sofrem mudanças, se tornando mais leves e dotadas de flexibilidade;
- A proposta organizacional se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para o aprimoramento das comunicações internas;
- A atenção é multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;
- O modelo objetiva organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional;
- São projetados com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão;
- Os setores descentralizados são autônomos e independentes, mas tem a sua interdependência garantida através de valores compartilhados e sistema de comunicação intensivo;
- Coordenada no topo, a organização flexível possui redundância em muitas tarefas e caracteriza-se por redução do quadro gerencial intermediário;
- A organização se torna, desta forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes, onde a conexão entre as partes se dá através de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores: organização modular e orgânica;
- A organização hospitalar prioriza a participação da gestão estadual e municipal, dos funcionários e da comunidade;
- As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada;
- O modelo é centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde: Humanização da Atenção;
- O atendimento é priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso.

2.2.2 Objetivo Geral

Organizar e qualificar a atenção às urgências, no **HUTRIN,** de modo que atenda à demanda espontânea e/ou referenciada e funcione como retaguarda às urgências de menor complexidade para os outros pontos de atenção pactuando com a Gestão Estadual e Municipal.

2.2.3 Objetivos Específicos

- Dar relevância à área de Urgência e Emergência onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados;
- Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal;
- Incluir propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população;
- Dispor de recursos humanos capacitados e da infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva;
- Definir um eixo comum de organização do cotidiano dos trabalhadores;
- Organizar os processos de trabalho envolvendo os processos de humanização e acolhimento dos usuários; a organização da atenção programada com base em riscos;
- Alinhar os processos de trabalho para que permitam equilíbrio na promoção, prevenção e atenção, entre o agudo e o crônico no cotidiano das agendas;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado, aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas, e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede quando necessário;
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho;
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos;

- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento de projetos;
- Desenvolver um processo sistemático de informação e educação à população;
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde;
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, através da aplicação de uma linha de base, da avaliação de processos e resultados e da avaliação das opiniões de profissionais e usuários.

2.2.4 Diretrizes Operacionais

Uma Política de Atenção às Urgências desintegrada das redes assistenciais e fragmentada compromete o conjunto do Sistema de Saúde.

A definição de uma política de atenção às urgências, tendo por base o princípio da integralidade, pressupõe a leitura das necessidades sociais locais, a fim de serem identificados déficits de atenção, desigualdades e iniquidades nos diferentes territórios sanitários, estabelecendo-se desse modo, sob o imperativo das necessidades humanas, visando adequar a oferta dos serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a qualidade e a integralidade necessária para a atenção à saúde são dificuldades que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade. A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde.

Na parceria estabelecida com o **Instituto de Gestão em Saúde - GERIR**, uma das principais metas pactuadas será de conseguir avançar com uma prática abrangente e qualificada para a Atenção às Urgências, visando concretizar acessibilidade universal e resolutividade nas demandas assistenciais.

S. E. S.
Fls: 1210

Um dos maiores desafios encontrados no Sistema de Saúde: A Atenção às Urgências fluir em todos os níveis do Sistema; desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. O **Instituto de Gestão em Saúde - GERIR** quer avançar na pactuação e articulação com os outros pontos de Atenção do Sistema Estadual de Saúde, com prioridade para a Atenção Primária à Saúde, Centro de Comunicação e ordenadora do Modelo de Atenção à Saúde.

As dificuldades para atingir essa meta são enormes porque o sistema enfrenta habitualmente insuficiência dos mais diferentes recursos na rede assistencial. Faltam profissionais preparados para a devida atenção, a rotatividade dos profissionais é elevada, faltam recursos financeiros para organizar a estrutura física, a assistência farmacêutica, etc.

O Perfil da Situação de Saúde deveria ser determinante na alocação de recursos e priorizar os problemas de saúde da população utilizando critérios de equidade. Os parâmetros da situação de saúde definidos com base em tendências, correlações com fatores de risco, análise com base no gênero e em outras variáveis relevantes.

Diante das dificuldades deve-se reconhecer que os problemas não serão facilmente superados. Apesar disso é possível enfrentar muitos deles, o que pode permitir avanços na qualificação ~~na qualificação~~ da Atenção às Urgências, e para isso algumas diretrizes podem ser utilizadas.

Para que a parceria possa ser efetiva no que se refere à integração e à coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre o Gestor Estadual e o **Instituto de Gestão em Saúde - GERIR**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada um, potencialize os recursos financeiros, e integrem as iniciativas de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de articulação que possam lidar com os conflitos ainda presentes.

Deve estar orientado pelo **Princípio da Complementaridade** e pela **Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual.**

O aprimoramento do processo de pactuação entre os parceiros e do relacionamento entre estes, os Gestores Municipais de Saúde e o Conselho de Saúde é fundamental para efetivar as ações propostas, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Em relação aos profissionais de saúde, propor e implementar planos voltados à melhoria da qualidade da força de trabalho em saúde, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS.

Apoio e a cooperação técnica com a Gestão Estadual para o desenvolvimento da educação permanente.

A intersetorialidade também é fundamental no processo. Como prática de ação, parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. Na saúde torna-se mais fácil compreender esse conceito, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social.

Apoiar o Plano de Qualificação da Atenção às Urgências no âmbito do Hospital de Urgências de Trindade com algumas diretrizes estabelecidas:

- Articular com a Gestão Estadual e Municipal para tratar das relações interinstitucionais, do manejo de conflitos e do trabalho em equipe;
- Facilitar a participação e o acesso dos trabalhadores de saúde e do controle social na resolução dos problemas de saúde;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários;
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades;
- Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais e comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para o desenvolvimento dessas alianças;
- Desenvolver processos em colaboração com organizações governamentais e não governamentais, setoriais e extra setoriais, para garantir um enfoque consistente e integral no desenvolvimento de condutas e hábitos de vida saudáveis;

1220
S. E. S
Fls: 1211
Rubrica

- Envolver os trabalhadores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança;
- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência;
- Garantir que as atividades realizadas reforcem a ação da Gestão Estadual e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera estadual e orientadas pelo **Princípio da Complementaridade**;
- Promover um processo e uma estrutura organizacional, cuja prática baseia-se na capacidade de mudança diante das transformações do ambiente externo;
- Avaliar a efetividade e a pertinência utilizando o *feedback* recebido da população que participou das atividades realizadas;
- Desenvolver tecnologia, experiência e métodos para manejo e comunicação da informação a Gestão Estadual e ao Conselho Estadual de Saúde;
- Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços;
- Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados;
- Incorporar mecanismos de alocação de recursos para dispor de infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos necessários para o desenvolvimento do projeto;
- Promover suportes logísticos necessários para o desenvolvimento do projeto.

O modelo proposto aborda, questões importantes como a transferência de conhecimentos, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, ampliando, dessa forma, a oferta e a qualidade dos serviços prestados. Constitui-se, assim, em importante passo para o enfrentamento dos problemas gerenciais pelos quais passam os hospitais integrantes do SUS.

Gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção. A consequente eliminação de perdas, com o uso de rotinas organizacionais eficientes e eficazes, gera receita suficiente para que investimentos em humanização, hotelaria e infraestrutura passem a ser uma constante, criando, assim, uma perfeita identificação com a clientela.

Para alcançar objetivo de mudanças culturais em organizações de saúde deve-se dispor de capacidades e de conhecimentos críticos que são construídos dentro dos processos históricos de cada organização. Nenhuma transformação é obtida sem adoção de estratégias de ação que respeitem a história particular de cada organização.

2.2.5 Operacionalização da Gestão do Cuidado

O desenho de gestão construído sobre o princípio da **integralidade** e da **qualidade** do **cuidado** combina, de forma mais abrangente, as várias lógicas de coordenação do hospital, tornando-as mais explícitas para o coletivo gestor. **Iniciar o processo elegendo com a Gestão Estadual, uma linha de cuidado prioritária para ser implementada no primeiro ano**. As linhas de cuidado são coordenadas, sempre, por uma dupla formada por um profissional médico e por um profissional enfermeiro, pelo menos, pois há situações nas quais equipes multiprofissionais fazem parte desta composição, pela lógica horizontalizada do cuidado. Cada **unidade de produção de cuidado**, que pode ser atravessada por mais de uma linha de produção de cuidado, tem uma **coordenação unificada**, isto é, tem um coordenador responsável pela coordenação de todo o trabalho da equipe. Este **coordenador de unidade** pode ser um enfermeiro, um médico ou qualquer outro profissional de nível universitário.

Os coordenadores de linha têm como atribuições principais:

1. Facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível da sua produção. Exemplo da importância desta atribuição é pensar o quanto uma assistência qualificada ao parto depende de uma boa articulação entre os profissionais: fazer a recepção da paciente, a garantia de vaga na maternidade, o acesso à sala de parto, os cuidados com a puérpera e com o neonato, a eventual necessidade de leito em unidade de terapia intensiva para a mãe e para o filho, o uso do banco de leite. Uma linha contínua e articulada de cuidados que vão sendo realizados em unidades de cuidado diferentes.
2. Apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições.
3. Fazer uma interlocução direta com médicos e enfermeiros, em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado. A lógica de coordenação das corporações respeitada, mas inserida na perspectiva horizontal do cuidado.

TCE 1221

S. E. S.
Fls: 1212
Rubrica

Algumas modificações importantes têm sido realizadas nos organogramas hospitalares em função da adoção de coordenação por linhas de cuidados.

Uma delas é a criação de uma **Diretoria Colegiada do Hospital** composta pelos: coordenadores de linha de produção do cuidado, pelos coordenadores das linhas de produção de insumos e pela coordenação da linha de ensino e pesquisa. Com tal composição, pretende-se criar um espaço matricial de direção superior do hospital centrado na lógica da produção do cuidado, mas contemplando sua necessária articulação com as lógicas de coordenação das profissões e de produção de insumos. Ao mesmo tempo, criam-se **Colegiados Técnicos** em cada linha de produção de cuidado, dos quais participam os coordenadores daquela linha, os coordenadores ou gerentes das unidades assistenciais atravessadas pela linha e "convidados" para a discussão de temas ligados ao cuidado.

Por exemplo, das reuniões do Colegiado Técnico da linha de cuidado da atenção à maternidade, participam os coordenadores da linha (um profissional médico e um profissional enfermeiro), os gerentes do ambulatório (onde se faz o pré-natal), o gerente do bloco obstétrico, a gerente do alojamento conjunto, o gerente do CTI neonatal e o gerente do CTI de adultos, mas poderão ser convidados o gerente do laboratório ou do banco de sangue ou da nutrição e dietética para discutir e deliberar sobre todas as questões específicas afetas ao cuidado (rotinas, fluxos, protocolos de atendimento, etc.). Como os dois coordenadores de linha presentes à reunião fazem parte da direção superior do hospital (Diretoria Colegiada), cria- se um arranjo institucional que facilita a "conexão", de processos decisórios (referentes à micropolítica do hospital) autônomos, descentralizados e agilizados com a direcionalidade mais geral pretendida pelo hospital.

Trabalhando com a concepção do hospital como uma "estação" de uma intricada rede de cuidados, os coordenadores das linhas de produção do cuidado terão, como uma das suas atribuições, ajudar na criação e estabilização de linhas que rompem o limite do hospital e se transversalizam por outros serviços e pontos de atenção visando à integralidade do cuidado.

Uma linha de cuidados cirúrgicos, por exemplo, lida com pessoas que "vêm de algum lugar" e depois "deverão ir para outro lugar". Todo o processo de acesso à agenda do bloco cirúrgico, o pré-operatório, o ato cirúrgico e o acompanhamento pós-operatório compõem um contínuo de equipes, profissionais e responsáveis que estão dentro, mas também fora do espaço físico restrito do hospital. Os coordenadores de linha de cuidado deverão ter a preocupação de buscar uma melhor articulação entre estas várias "estações cuidadoras". Isto vale para todas as linhas. A assistência ao parto, por exemplo, só pode ser pensada na sua integralidade quando o hospital consegue se articular adequadamente com a rede básica de serviços, na qual a produção do cuidado se inicia (pré-natal), mas continua após o parto (cuidados com a puérpera e com o recém-nascido, anticoncepção, etc.) e assim por diante. A integralidade do cuidado é tarefa de rede. A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar, de forma radical, o hospital como apenas uma das "estações" e ou "pontos de atenção" da rede de cuidados. Nesta medida, reiteramos, que o papel do hospital no "sistema de saúde" não pode se restringir a fazer contra referência de pacientes encaminhados. Dos coordenadores das linhas de produção de cuidado, espera-se uma postura mais ativa na construção destes fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes entre as "estações" produtoras de cuidados. Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extra hospitalares, em particular com a Secretaria Estadual de Saúde; com o conselho que congrega os Secretários Municipais de Saúde, COSEMS-GO; com as Coordenações de Regiões de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde. Importante também a negociação com outros atores das políticas públicas no desenvolvimento da intersetorialidade. Este fato agrega novas tarefas para os coordenadores de linhas de produção do cuidado que, com toda a certeza, não são simples e desprovidas de dificuldades, mas possíveis de realização.

TCE 1222
S. E. S.
Fls: 1213
Rubrica

Objetivando concretizar estas relações institucionais a Diretoria Colegiada do hospital deve criar e implementar um **Conselho Gestor** com participação das instâncias e atores acima citados. Como no primeiro ano será trabalhada apenas uma Linha de Cuidado, definida em articulação com a Gestão Estadual e em consonância com o Perfil do **HUTRIN,** a Diretoria Colegiada do hospital estará ainda formada nos moldes tradicionais da estrutura hospitalar e o Conselho Gestor será criado por esta diretoria tradicional.

O **Conselho Gestor** será um órgão consultivo e irá facilitar a integração com os atores e a integração com os pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde e prioritariamente a articulação com a Atenção Primária à Saúde. Será implementado nos primeiros dois três meses da parceria. Na sua criação, o **Instituto de Gestão em Saúde – GERIR** e a **Gestão Estadual,** devem trabalhar na elaboração conjunta do Regimento Interno.

2.2.6 Ações Estratégicas

Ampliar a compreensão da saúde na perspectiva da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial, e em razão do impacto causado pelo crescente número de acidentes e da violência urbana dar relevância à área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados.

Desenvolver Projetos que promovam a Melhoria da Qualidade da Atenção no **HUTRIN**.

Os Projetos de Melhoria da Qualidade da Atenção serão desenvolvidos com objetivos voltados a resolução dos nós críticos diagnosticados na instituição. Serão construídos na perspectiva da Melhoria da Qualidade da Assistência; Melhoria da Qualidade da Gestão e Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos.

Fundamental reafirmar que a Organização Social, **Instituto de Gestão em Saúde - GERIR**, no processo de **publicização** realiza procedimentos gerenciais que devem estar orientados pelo **Princípio da Complementaridade** e pela **Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual e Municipal de Saúde.**

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Ao aportar o conceito das Redes de Atenção à Saúde este pressuposto avança na articulação da instituição hospitalar com o Sistema de Saúde. O Complexo Regulador atua como o Centro de Comunicação da Rede de Atenção às Urgências.

2.2.6.1 Melhoria da Qualidade da Assistência

Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população ao **HUTRIN** e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

Identificar as barreiras de acesso ao serviço hospitalar.

Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.

Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.

Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.

Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual de Saúde e setores envolvidos.

A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do hospital que serão apresentados e descritos.

2.2.6.2 Melhoria da Qualidade da Gestão

A Melhoria da Qualidade da Gestão desenvolvida na perspectiva de fortalecimento da Governança com instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuação com a Gestão e com o controle social.

TCE 1223

S. E. S.
Fls: 1214
Rubrica

Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde.

Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças: do modelo fragmentado para as Redes de Atenção à Saúde.

2.2.6.3 Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos

Estabelecer estratégias que reorientem a Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos.

2.3 Instrumentos de Comunicação e Regulação

2.3.1 Relacionamento Interinstitucional

Na proposta de trabalho foi apresentado o relacionamento do HUTRIN com a Gestão Estadual, a Gestão Municipal, o COSEMS GO e as instâncias do controle social. Além da integração e articulação propriamente dita foi apresentada a criação do Conselho Gestor, com representação de todas estas instancias.

O processo de gerenciamento de um hospital público exige processos de negociação entre os vários segmentos envolvidos.

É necessário evidenciar que estes segmentos compõem o conjunto de sujeitos sociais (gestores, profissionais de saúde e usuários) nos diversos níveis da política de saúde. O nível local – o município – como espaço onde as práticas concretas acontecem na maioria das vezes ainda baseadas em mecanismos tradicionais e interesses consolidados, é um nível de grande importância nos processos de descentralização, por assumir novas funções e ser lócus de mudanças.

Assim, as políticas descentralizadoras representam desafios para a gestão tanto pelas novas responsabilidades, como para instituir mudanças. As mudanças não dependem apenas do gestor, é notório que este exerce um papel decisivo na condução política do sistema em todos os níveis governamentais mas as práticas de gestão participativa envolve os segmentos de profissionais, usuários e prestadores.

A atuação técnica do gestor, que não pode ser dissociada da atuação política, se promove através do exercício das funções gestoras na saúde. Estas funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários à implementação de políticas e medidas coerentes com os princípios do SUS e da gestão pública.

No contexto da parceria com o INSTITUTO GERIR já foi afirmado: o **principio da complementariedade e do fortalecimento da Gestão Estadual**. Dessa forma, a parceria do INSTITUTO GERIR no HUTRIN deve estar fundamentada em aspectos jurídicos e pactuações, que são componentes fundamentais para garantir o alcance de bons resultados na prestação dos serviços.

A descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos); supervalorizados cartorialmente em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos usuários.

O acompanhamento da parceria, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições serão avaliadas mensalmente e seu fortalecimento deve se dar principalmente em quatro dimensões:

a) avaliação da organização gerencial do HUTRIN;

b) relação com os prestadores de serviços;

c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;

d) resultados e impacto sobre a saúde da população.

Relação e Parceria Institucional

Com o objetivo principal de contribuir para o aprimoramento e fortalecimento da gestão com ênfase no aproveitamento total dos recursos disponíveis no município e no Sistema Estadual de Saúde, o INSTITUTO GERIR contribuirá ainda para o gerenciamento eficiente da assistência a saúde do HUTRIN, facilitando o controle pelo gestor estadual e municipal, aumentando, consequentemente, a resolutividade dos serviços, além de diminuir as filas e facilitar o acesso do usuário a rede municipal de saúde. O INSTITUTO GERIR se compromete também com a integração do HUTRIN na Rede de Urgência e Emergência.

O INSTITUTO GERIR irá promover para a gestão estadual e municipal: instrumentos de planejamento e relatórios gerenciais, estatísticos e de monitoração que deverão contemplar os indicadores capazes de aferir o impacto social que a gestão da organização social, sob as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde, representou para a população que utiliza os serviços.

2.3.2 Modelo de Regulação Assistencial

A Regulação foi abordada em outros itens da Proposta de Trabalho.

Por se tratar de uma unidade hospitalar terciária dentro da hierarquização de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, o HUTRIN na presente proposta de trabalho, será integrado aos sistemas regulatórios estaduais e municipais.

A Regulação é a introdução de mecanismos de ordenação das práticas de assistência no SUS. A regulação compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial. Trata-se de um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

No plano de trabalho gerencial do **Instituto GERIR** para o **HUTRIN,** serão consideradas como metas da regulação:

- oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial;
- organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime;
- organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação;
- Fornecer subsídios para o processo de programação pactuada e integrada.

Para que essas metas sejam alcançadas, é importante que algumas ações estratégicas sejam desenvolvidas antes do processo de regulação propriamente dito:

• definição da estratégia de regionalização, visando garantir uma rede assistencial regionalizada e hierarquizada, através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

• definição das interfaces da regulação com planejamento, programação, controle e avaliação, através do Plano Diretor de Controle, Regulação e Avaliação;

• avaliação das necessidades de saúde, planejamento e programação, englobando aspectos epidemiológicos e logísticos, tais como recursos humanos, materiais, financeiros e informacionais, necessários às áreas administrativa e assistencial, para que sejam atendidas as necessidades da população;

• delegação de autoridade ao agente regulador para exercer a responsabilidade sobre a regulação, com base em protocolos clínicos e operacionais.

Muitas dessas ações extrapolam o objeto da ação do Instituto GERIR junto ao HUTRIN, porém afirmamos que contamos com profissionais experientes e qualificados em saúde pública, que poderão colaborar junto a Gestão Estadual de Saúde para que tais metas possam ser atingidas.

O processo regulatório assistencial abrange dois aspectos: a regulação das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde.

2.3.2.1. A Gestão Estadual e a Regulação das Referências Intermunicipais

Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da PPI, e das referências intermunicipais.

• monitorar o cumprimento efetivo dos termos de compromisso para garantia de acesso, através de relatórios trimestrais com informações mensais a ser apresentado pelas SMS, acompanhando os fluxos das referências intermunicipais.

• identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários, realimentando a PPI.

• intermediar o processo regulatório quando os fluxos pactuados no nível regional ou microrregional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços necessários, articulando com as centrais de regulação regionais ou micro regionais, intervindo para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência.

• intervir quando não houver pactuação prévia na PPI entre os municípios, em demandas específicas, verificando em qual central municipal existe vaga disponível referenciando para aquela central a demanda.

• prestar apoio técnico aos municípios na elaboração dos seus planos municipais de controle, regulação e avaliação.

• intermediar acordos entre municípios em relação às condições estabelecidas para o referencialmente de usuários.

2.3.2.2. A Gestão Municipal e as Referências Intermunicipais

- Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da PPI, e das referências intermunicipais.

- Identificar pontos de desajuste entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva de usuários, realimentando a PPI.

- Apresentar ao Estado e instâncias gestoras, relatórios sobre os atendimentos efetuados aos demais municípios.

- Efetuar a interlocução com o estado quando os fluxos pactuados no nível regional ou microrregional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços em seu território, articulando com as centrais de regulação estadual para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência.

Entretanto, salientamos em nossa proposta de trabalho, que temos conhecimento e vivência em saúde pública para que possamos contribuir para que todas as instâncias envolvidas no processo regulatório possam funcionar em prol do bem-estar de nossos usuários.

Vale ressaltar que é fundamental para o eficaz gerenciamento de uma unidade terciária, o conhecimento da realidade estadual e municipal na qual ela está inserida.

2.3.2.3. Núcleo Interno de Regulação

O **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** funciona como uma central de leitos, possibilitando o monitoramento do paciente desde a sua chegada ao Hospital, o processo de internação, movimentação e alta. O NIR ainda disponibiliza todas as informações em relação aos leitos vagos e movimentação dos pacientes na unidade. A implantação do NIR é uma determinação da Secretaria Estadual de Saúde e as informações serão disponibilizadas para o Complexo Regulador do município.

O NIR possui como característica ser um órgão colegiado dentro da Unidade Hospitalar diretamente vinculado à Direção do Hospital e possuindo como representantes diferentes setores ligados à informação, internação e Alta, Chefias Clinicas e outros.

NIR possui como atribuições:

• Coordenar o trabalho da Regulação no âmbito do hospital;

• Ser a interface do hospital com a Central de Regulação e o SAMU interagindo com a equipe interna e com a Central, garantindo o fluxo contínuo da informação e das internações conforme a pactuação estabelecida e a resolução de situações não previstas;

• Participar da construção e avaliação continua dos Protocolos de Regulação em sua área de adscrição;

• Monitorar diariamente o fluxo de informação entre o Hospital e a Central de Regulação, em especial atenção ao censo diário;

• Acompanhar os indicadores gerenciais, qualificando a informação gerencial intrahospitalar;

• Fornecer subsídios à Direção Assistencial para que o gerenciamento dos leitos possa ocorrer, sinalizando contingências locais que possam comprometer a regulação;

• Elaborar relatórios mensais para a Direção contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidas em instância colegiada.

S. E. S.
Fls: 1217
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

2.3.2.3.1 Critérios Técnicos do Núcleo de Regulação:

- Utilização de protocolo único de Classificação de Risco;
- Fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;
- Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
- Compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;
- Informatização dos processos.

2.3.3 Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde

Este item irá demonstrar os mecanismos que serão implantados para contemplar.

A Relação da Proposta do Modelo Gerencial com as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

A Educação Permanente como ferramenta estratégica.

O Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituam as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**.

O **CONASS**, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde iniciou este processo de modelagem e implementação das redes em 2005.

O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

Apesar das iniciativas este processo não está ainda incorporado pelo Sistema de Saúde.

Para se organizar o Sistema em Redes é necessário qualificar este sistema. É preciso ter **Diretrizes Clínicas** e **Linhas Guias** e trabalhar com **Linhas de Cuidado**. Onde cada um faz de um jeito não há comunicação deste sistema.

Nesta perspectiva a **Educação Permanente** é parte integrante e tem que estar baseada nas Diretrizes Clínicas e Linhas Guias. Elaborar as Diretrizes Clínicas e implantar as Diretrizes Clínicas validadas pelas incorporações e fóruns em do estado. A Educação Permanente efetiva com base na Andragogia e não na Pedagogia. É realizada de forma permanente e em tempo protegido, e não nas folgas ou à noite; centrada no aprendiz; valorizando a aprendizagem nos problemas, no real e tem que gerar reflexão da pratica agregando valores ao aprendiz e a organização que ele está inserido.

A Atenção Primária tem que ser a organizadora deste Sistema. A APS tem que ser o Centro de Comunicação deste sistema.

Este processo pressupõe o estabelecimento objetivo, de apoio ao Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, previamente acordada com o COSEMS GO e definida claramente nos seus níveis internos de discussão e com objetivos e metas pactuados anteriormente.

Neste entendimento, a Proposta de Técnica do **Instituto GERIR** está consoante com as Diretrizes Políticas da Secretaria Estadual de Saúde da Goiás. A referida Proposta Técnica propõe um trabalho inicial com o Modelo Tradicional, inclusive no modelo apresentado de Estrutura Diretiva, mas já apontando para mudança das práticas através da elaboração de um **Plano de Trabalho** que contemple fases e fluxos pactuados e meios bem delineados, pois sabemos que: **Não se atinge este objetivo com modelos tradicionais.**

S. E. S.
Fls: 1218
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Toda instituição hospitalar, dada a sua missão, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

O modelo Gerencial proposto: **Qualidade e Integralidade do Cuidado** é voltado na perspectiva destas novas práticas e direcionada na Gestão do Cuidado.

Pra estabelecer fluxos e contra fluxo objetivando integrar e referenciar com a Atenção Primária e os outros pontos de atenção: ambulatório de especialidades, hospitais, é imperativo trabalhar com Diretrizes Clínicas pactuadas e validadas. O **Instituto GERIR** vai definir com a Gestão Estadual de Saúde, uma linha de cuidado prioritária e implementar orientada pelas diretrizes acima colocadas: Construção compartilhada, Educação Permanente e Conselho Gestor.

O Modelo Gerencial com a Gestão de Caso tem que apresentar e preparar um profissional Gestor de Caso. Este gestor fará a articulação com a Direção Colegiada da Unidade e com os Conselhos Técnicos.

Com estes processos o hospital se integrará na rede de atenção e na rede de serviços e como resultado integrado na Atenção Primária e nos outros pontos de atenção.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pelo instituto fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

As dificuldades internas das organizações, em seus múltiplos aspectos, provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos. É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato dos usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas. **A comunicação tem que ser estabelecida como uma via de mão dupla, de realimentação.**

O instituto sentiu a necessidade ainda de explicitar que estabelecer as referências e comunicação com as outras unidades de saúde, ou seja, com os outros pontos de atenção é um processo da Gestão Estadual e Municipal. Podemos estabelecer os relacionamentos, pois elaborar formulários cartoriais não vai agregar valores ao sistema. Para as referências é preciso o sistema fluir.

Para exemplificar: O Ambulatório do **hospital** faz a contra referência de um egresso hospitalar, que inclusive é Hipertenso e portador de diabetes. Como recolocar o usuário que deveria voltar para a Atenção Primária. Neste sentido são necessários os pactos e a inserção nas redes. O hospital não pode também funcionar sem instâncias colegiadas e a educação permanente tem que ser baseada nestas prioridades.

Passos Estratégicos:

1. Realizar no **primeiro mês de parceria** o Planejamento Estratégico para o início da parceria e para apresentar o modelo gerencial à unidade com apresentação, validação e incorporação destes fóruns, aos funcionários do hospital, as corporações profissionais que fazem articulação com o hospital, o controle social e prioritariamente com a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde;
2. Incluir no planejamento do **hospital** as propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população já no Planejamento Estratégico que será realizado;
3. Criar e implementar em dois meses, a Diretoria Colegiada e o **Conselho Gestor** com participação destes vários fóruns de pactuação e controle social;

S. E. S.
Fls: 1219
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

4. Reorientar estrutura diretiva do hospital com a criação da Diretoria Colegiada e a criação dos Colegiados Técnicos;

5. Articular a participação do instituto, nos fóruns de pactuação e de controle social, para apresentar o relatório do desenvolvimento do projeto e para também estar recebendo o feedback, a realimentação da informação e a opinião destes fóruns objetivando ao instituto trabalhar Ações Corretivas a partir destes retornos. Estas participações serão pactuadas no Conselho Gestor;

6. Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal. Definir uma Linha de Cuidado prioritária com a Gestão Estadual. Este ponto precisa estar baseado na construção de Diretrizes Clinicas e Linhas Guias e aportada na Educação Permanente. O processo deve ser iniciado em dois meses e deve levar de 10 a 12 meses para poder ser validado.

Torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **esferas de governo**, município e estado e o **Instituto GERIR**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

O princípio para a execução da Proposta Técnica está fundamentada na **Complementaridade** e o **Fortalecimento da Gestão Estadual**.

2.3.4 Transporte Inter-Hospitalar

O transporte inter-hospitalar que será oferecido aos pacientes do HUTRIN será orientado, acompanhado e fiscalizado pela gestão do Instituto GERIR para que todos os direitos sejam assegurados ao usuário, bem como os dos funcionários envolvidos. A responsabilidade do transporte inter-hospitalar continuará sendo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU via central municipal de regulação. No entanto, caberá em nossa proposta de trabalho, acompanhar e eficiência e a humanização do serviço.

O Instituto GERIR seguirá a normatização da A Portaria nº. 2.048 do Ministério da Saúde, de 05 de novembro de 2002, no seu capítulo VI:

TRANSFERÊNCIAS E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

2 - Conceituação:

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado.

Este transporte poderá ser aéreo, aquaviário ou terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso, como a existência de estradas, aeroportos, helipontos, portos e condições de navegação marítima ou fluvial, bem como a condição clínica de cada paciente, não esquecendo a observação do custo e disponibilidade de cada um desses meios. O transporte inter-hospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a disponibilidade de recursos e a situação clínica do paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados.

3 - Diretrizes Técnicas:

3.1 - Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Solicitante

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições ao Serviço/Médico solicitante:

a - O médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor;

b - Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;

c - Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco regional;

d - A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;

S. E. S.
Fls: 1220
Rubrica

e - Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;

f - Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;

g - Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência.

Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável;

h - A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;

i - Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;

j - Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;

k - Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento, é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, removerem pacientes sem contato prévio com a instituição/ serviço potencialmente receptor;

l - Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação;

m - Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo às especificações técnicas estabelecidas neste Regulamento;

n - Nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU nº 13, de 4 de novembro de 1998 e eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.2 - Responsabilidades/Atribuições da Central de Regulação/Médico Regulador

Além das estabelecidas no Capitulo II deste Regulamento, ficam definidas as seguintes responsabilidades/atribuições para a Central de Regulação/Médico Regulador:

a - O acionamento e acompanhamento da unidade e equipe de transporte, caso estes se localizem descentralizados em relação à estrutura física da central de regulação, como nos casos de transporte aeromédico, hidroviário ou terrestre, em que se opte por descentralizar viaturas e equipes para garantir maior agilidade na resposta. Nestes casos, a localização dos veículos e das equipes de saúde responsáveis pelo transporte deverá ser pactuada entre os gestores municipais da região de abrangência da central;

b - Utilizar o conceito de "vaga zero", definido no Capítulo II deste Regulamento também nos casos de regulações inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco regionais o tornem imperativo.

S. E. S.
Fls: 1221
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

3.3 - Responsabilidades/Atribuições da Equipe de Transporte

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições à Equipe de Transporte:

a - Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;

b - Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;

c - No caso de transporte terrestre deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulações e demais normas técnicas estabelecidas no presente Regulamento;

d - O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes estabelecidas neste Regulamento, sendo que as viaturas utilizadas para tal devem estar equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;

e - Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;

f - Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;

g - Comunicar ao médico regulador o término do transporte;

h - Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

3.4 - Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Receptor

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições ao Serviço/Médico

Receptor:

a - Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de regulação médica de urgências;

b - Informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação;

c - Acatar a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independente da existência de leitos vagos ou não conceito de "vaga zero";

d - Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médicos de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem;

e - Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;

f - Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível;

g - Comunicar a Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.

A transferência de pacientes entre unidades hospitalares pressupõe a continuada da assistência à saúde do paciente, sob supervisão médica, quer pelo médico assistente transferente, quer pelo médico receptor. Inclua-se, ainda, nesta conduta médica, a responsabilidade do diretor clínico e técnico, tanto da unidade hospitalar transferente, quanto da unidade hospitalar receptora. É necessário destacar, que o ato de transferência entre unidades hospitalares não pode suspender ou interromper o direito continuado de assistência à saúde do paciente, seja por razões objetivas (falta de estrutura técnica para o atendimento, equipamentos, etc.), seja por razões subjetivas (vontade do paciente/familiares).

Em suma, o ato de transferência inter-hospitalar de paciente tem notória característica de responsabilidades civil, penal e ética médica.

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina - CFM, apesar de desprovidas de força de Lei, trazem grande contribuição ética aos profissionais médicos nas condutas praticadas na assistência à saúde de determinado paciente, metas que serão incessantemente buscadas por nossa administração.

A Resolução CFM nº 1672/2003, trata exatamente sobre o transporte inter-hospitalar sob o ponto de vista da assistência ao paciente, dispondo de forma clara e objetiva, cujos trechos transcrevemos abaixo:

"Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

***I-** O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.*

***II-** Paciente com risco de vida não pode ser removido sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.*

***III-** Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.*

IV- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s). (g.n.)

V- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem. (g.n.)

VI- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor. (g.n.)

VII- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização

Do (s) responsável (is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário. (g.n.)

VIII- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. (...).

2.3.5 Gestão da Informação

O **Instituto Gerir** desenvolveu uma Proposta de Estruturação e Implementação de Sistemas de Gestão.

Neste item serão apresentados também rotinas gerenciais aportadas em conformidade com a SES/GO e órgãos de controle interno e externo.

2.3.5.1. Estruturação

Introdução

Cada vez mais, é impossível pensar na operação de um hospital sem o uso disseminado da Informática como ferramenta de I3C (Informação, Inteligência, Integração e Controle). O hospital é uma das organizações mais complexas que existem, e o universo das informações que precisam ser gerenciadas é imenso, cobrindo desde as informações sobre os pacientes, até os aspectos administrativos propriamente ditos.

A informatização de um hospital não é uma tarefa fácil, portanto, principalmente quando o seu objetivo principal é integrar, através de computadores, todos os aspectos referentes às suas atividades-meio e às atividades-fim. Um dos aspectos fundamentais para o sucesso dessa operação é o estabelecimento de uma estrutura gerencial e operacional adequada, o Centro de Informática Hospitalar, idealizado de modo a se adequar ao organograma já existente no hospital, mas, ao mesmo tempo, buscando modernizá-lo com o objetivo de integrar a Informática da maneira mais completa e eficiente possível.

2.3.5.2 Objetivos e Níveis de Atuação

O Centro de Informática Hospitalar tem por objetivo principal prover toda a estrutura de recursos humanos, materiais e de serviços para a automação dos recursos de informação do hospital, incluindo-se a análise, desenvolvimento e implantação de novos sistemas, bem como o apoio e treinamento dos usuários.

A missão do CIH é cumprida basicamente em dois níveis de localização:

S. E. S.
Fls: 1223
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- **O processamento distribuído,** através de equipamentos descentralizados, de menor porte, colocados junto aos usuários finais (divisões, serviços, setores e seções). A seleção, instalação, análise, desenvolvimento, implantação, treinamento e suporte técnico aos sistemas distribuídos serão realizados por uma estrutura própria do CIH denominada Centro de Informações (CI);
- **O processamento centralizado**, através de um Centro de Processamento de Dados (CPD), com equipamento(s) de grande porte, colocado em uma estrutura central, e que se responsabiliza pela análise, desenvolvimento, implantação e suporte de sistemas globais do Hospital, bem como pela integração com os equipamentos e redes distribuídos.

Os sistemas distribuídos e centralizados podem ser integrados e interconectados de forma variável, progressiva, e em diversos níveis (microcomputadores, redes locais, aparelhos celulares, notebook, etc.). Normalmente, o CIH é o responsável técnico pela execução e acompanhamento desta integração, e toma todas as medidas necessárias para a normatização de hardware e software.

2.3.5.3 Os Níveis de Aplicação:

O CIH implementa as suas ações em quatro níveis de aplicação:

- **Apoio à administração,** no que se refere a todos os sistemas puramente administrativos e financeiros do hospital, tais como controle de materiais, controle de pessoal, contabilidade e controles financeiros, faturamento, etc;
- **Apoio à assistência**, no que se referem a todos os sistemas clínicos, envolvidos nas atividades assistenciais, tais como: arquivo médico, controle de infecções hospitalares, anatomia patológica, laboratório clínico, UTI, centro cirúrgico, exames especializados, radiologia, banco de sangue, banco de órgãos, anestesia, setores de medicina especializada, etc. Através dessas aplicações, a Informática se faz presente nos ambulatórios, enfermarias, setores de procedimentos especializados, etc;

- **Apoio à pesquisa,** no que se refere aos sistemas de aquisição e processamento de dados para fins de pesquisa pelos integrantes do corpo docente e clínico lotados no hospital, em estreita integração com os sistemas de apoio à assistência e ensino;
- **Apoio ao ensino**, no que se refere aos sistemas especializados de exploração dos recursos de informação disponíveis no CIH para suporte às atividades de ensino e treinamento realizado pelo corpo docente lotado no hospital, residência médica, treinamento de pessoal, etc.

Da mesma forma que nos níveis de localização, os níveis de aplicação podem ser integrados e interconectados de forma variável e progressiva, sob a orientação e responsabilidade do CIH.

2.3.5.4 Níveis de Desenvolvimento

O CIH atua basicamente em seis frentes de atividades de desenvolvimento tecnológico no contexto hospitalar:

- **Planejamento:** o CIH deve contar com um corpo de profissionais responsáveis pelo planejamento a médio e longo prazo das atividades e estruturas de automação do hospital, incluindo: planejamento estratégico, planejamento financeiro, análise de organização e métodos (O&M), metodologia de seleção de hardware e software e integração corporativa. Assim, atua em estreita colaboração e em consonância com as decisões da diretoria geral, conselho deliberativo e conselho de usuários, e é responsável pela elaboração detalhada e revisão periódica do chamado Plano Diretor de Informática (PDI) do hospital. O tamanho desse grupo depende, evidentemente, do tamanho e complexidade do hospital, podendo, em alguns casos, ser contratado como prestação de serviços por firmas especializadas, pelo menos na primeira elaboração do PDI;
- **Administração de dados**: os conceitos mais modernos de gerência de recursos de informação em uma empresa recomendam a criação de uma gerência de administração de dados, que é a responsável pela definição e manutenção de integridade dos bancos de dados, implementação e manutenção de dicionários de dados, integração e transportabilidade de informações;

- **Análise e desenvolvimento**: é a estrutura responsável pela análise de necessidades dos usuários, bem como pela especificação, análise, desenvolvimento, teste, implementação, operação e manutenção de sistemas próprios de processamento, tanto a nível distribuído quanto centralizado;
- **Suporte técnico:** é o grupo responsável em manter funcionando de forma correta e adequada o hardware (equipamentos e sua interconexão) e o software (programas adquiridos ou desenvolvidos); bem como a manutenção da documentação e a prestação de serviços de atendimento ao usuário;
- **Operação:** o grupo responsável pelas atividades de operação de rotina dos diversos aspectos que compõe a atuação do CIH, tais como: operação de equipamentos centralizados, fitoteca, discoteca e biblioteca, monitorização da operação de redes locais e externas, digitação centralizada;
- **Treinamento dos usuários**: atividade responsável pela aculturação da comunidade de usuários dos sistemas adquiridos ou desenvolvidos pelo CIH, e treinamento quanto à operação do hardware, do software, regras de padronização e de controle da qualidade de informação.

2.3.5.5 Organização Interna do CIH

Devido ao fato de tangenciar praticamente todas as atividades do hospital, o CIH deve ser constituído como uma divisão administrativa, vinculada, portanto, diretamente ao seu Superintendente. Em sua forma mais completa, seu organograma conta com as seguintes subdivisões:

Estrutura Diretiva

A estrutura diretiva conta com dois órgãos colegiados: o Conselho Deliberativo e o Conselho de Usuários, e com um órgão executivo: a Diretoria Geral, assessorada por uma Secretaria Executiva e de Planejamento.

O Conselho Deliberativo é o responsável pela elaboração de políticas gerais do CIH, bem como pelo acompanhamento e fiscalização das ações implementadas, e dos assuntos orçamentários e patrimoniais. Suas ações tem caráter deliberativo e são executadas pela Diretoria Geral. Conta com representantes dos grandes setores do hospital (Superintendência, Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Conselho Hospitalar, Faculdades eventualmente ligadas ao hospital, etc., bem como do Conselho de Usuários e da Diretoria do CIH).

O Conselho de Usuários tem caráter apenas consultivo, e é composto por um representante de cada serviço administrativo e clínico do hospital, e que são também responsáveis, individualmente, pelo contato e representação de seus setores junto ao CIH. Este Conselho é muito importante para a missão do CIH e sua continuidade, uma vez que são seus representantes que vão definir as necessidades dos usuários dos sistemas, e direcionar suas prioridades.

A Secretaria Executiva e de Planejamento abrange os recursos humanos e materiais necessários ao assessoramento e execução das atividades da Diretoria e dos dois Conselhos.

Em nível de serviços, o CIH conta com as duas grandes estruturas já referidas acima, ou seja, o Centro de Informações e o Centro de Processamento de Dados, e que são responsáveis, respectivamente, pelas atividades de processamento distribuído e centralizado do hospital.

O Centro de Informações

O CI deve contar com um corpo próprio de profissionais para dar atendimento à distribuição de processamento junto aos usuários, na forma de equipamentos de menor porte, abrangendo os seguintes setores:

- Treinamento ao usuário, e que centraliza todas as atividades do CIH nesta área (cursos gerais, cursos de operação de hardware e software);
- Apoio aos sistemas administrativos descentralizados;
- Apoio aos sistemas assistenciais e clínicos descentralizados;
- Apoio às atividades de pesquisa implementadas em sistemas distribuídos;
- Apoio às atividades de ensino.

TC 1234
S. E. S.
Fls: 1225
6
Rubrica

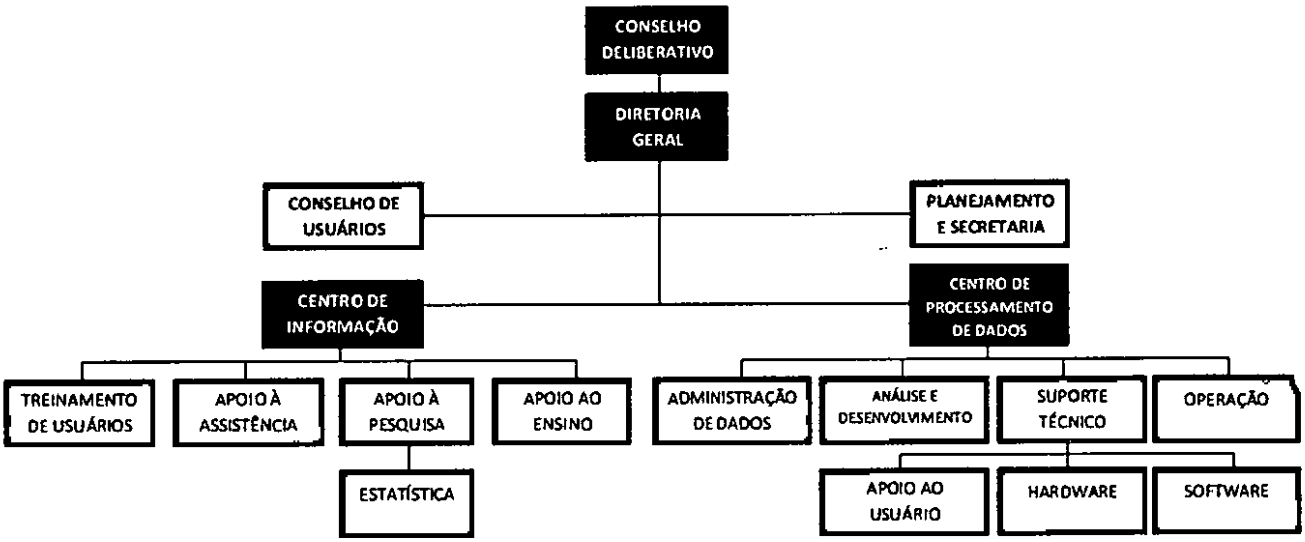
As atividades do CI incluem a seleção e aquisição de softwares comerciais, a sua distribuição, manutenção e treinamento para os diversos setores de usuários, bem como a especificação de padrões de hardware, software e operações visando à integração entre os sistemas locais e centrais.

O Centro de Processamento de Dados

Esta estrutura tem as características mais clássicas de um CPD de médio ou grande porte, responsável pelos sistemas globais e integrativos de automação do hospital, tais como: sistemas administrativos de grande porte (pessoal, materiais, finanças, etc.), sistemas clínicos de grande porte (SAME, agendamento, internação, etc.) e sistemas integrados de informação hospitalar. O CPD conta com os seguintes serviços, cujas atribuições foram detalhadas acima:

- **Administração de dados**. Conta com dois setores: Gerência de Bancos de Dados (divididos em sistemas administrativos e clínicos), e Organização e Métodos (O&M);
- **Análise e desenvolvimento**. Pode ser eventualmente dividida em seções responsáveis por sistemas distintos (administrativos, clínicos, etc.);
- **Suporte Técnico**. Tem setores distintos de: Suporte de Hardware, Suporte de Software (eventualmente dividido em Software Básico e Software Aplicativo), e Assistência ao Usuário de sistemas centralizados;
- **Operação**. Tem setores distintos de Operação Centralizada, Digitação, Gerência de Recursos (fitas, discos, biblioteca de manuais) e Teleprocessamento.

Organograma de um Centro de Informática Hospitalar



2.3.5.6 Projeto: Implementação de Sistemas de Gestão da Informação

Introdução

"A Saúde é uma das áreas onde há maior necessidade de informação para a tomada de decisões". A Informática Médica é o campo científico que lida com recursos, dispositivos e métodos para otimizar o armazenamento, recuperação e gerenciamento de informações biomédicas. O crescimento da Informática Médica como uma disciplina, deve-se, em grande parte aos avanços nas tecnologias de computação e comunicação, à crescente convicção de que o conhecimento médico e as informações sobre os pacientes são gerenciáveis por métodos tradicionais baseados em papel, e devido à certeza de que os processos de acesso ao conhecimento e tomada de decisão desempenham papel central na Medicina moderna.".

(http://www.thenewmedicine.med.br/sobre.htm).

Um Sistema de Informação deve armazenar, organizar e disponibilizar informações a todos aqueles que possam utilizá-la para melhorar a atividade institucional.

Um Sistema de Gestão Hospitalar deve, em princípio, otimizar a gestão da informação e, por consequência, a gestão organizacional dos processos de administração, atenção e assistência, além de possibilitar a integração com sistemas de informação externos ligados à rede de saúde. Essa integração deve atender as necessidades informacionais e aos padrões definidos pelo Ministério da Saúde e, consequentemente, quando aplicada à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuir, de modo consistente e ágil, para o conhecimento da realidade sobre a saúde ou doença da população usuária destes estabelecimentos de alta complexidade.

A utilização de processos manuais, com registros em papel, de forma ostensiva em quase todos os estabelecimentos hospitalares, atingiu o seu esgotamento. Como consequência observa-se a ausência de espaço de armazenamento dos prontuários médicos em papel em quase todos os estabelecimentos de saúde, a desorganização progressiva dos sistemas de informação, e a dificuldade de obtenção das informações de saúde dos indivíduos. Esta sobrecarga elevou sobremaneira o número de extravios dos prontuários e diminuiu consideravelmente a qualidade das informações armazenadas. Dentre as consequências graves estão o retrabalho, o desperdício de recursos humanos e materiais na assistência à saúde e os erros induzidos pela ausência da informação.

Assim, a indisponibilidade da informação induz à obtenção repetidas vezes das mesmas informações, incluindo exames complementares de alta complexidade, que são refeitos desnecessariamente, e aumentando o risco ao paciente no estabelecimento de novas terapêuticas.

Continuamente, são geradas informações sobre pacientes e suas condições de saúde, por exemplo, históricos, sintomas, exames, diagnósticos, tratamentos. O acesso a tais informações pelo profissional de saúde implica diretamente na melhoria do atendimento clínico.

Falta de informações resultam em diagnósticos imprecisos e interações medicamentosas.

O co-relacionamento de informações pode fornecer indicadores e tendências que auxiliam o diagnóstico e tratamento. Com a informação sistematizada há redução de custos como eliminação do papel, agilidade nos processos, reutilização da informação e aumento geral da qualidade do atendimento.

Com este cenário estabelecido, as demais mudanças e crescimento dos serviços oferecidos pelo hospital, ficou visível a necessidade de informatização de todos os processos e serviços, agilizando, assim, o acesso às informações e auxiliando nas tomadas de decisões.

Entendem-se como principais fatores de importância e relevância para a implantação deste projeto:

- Utilizar um Sistema de Gestão como ferramenta de apoio a tomadas de decisões e qualidade na gestão de políticas públicas;
- Agilidade e eficiência nos serviços prestados a clientes internos e externos, devido ao fato de se ter a informação centralizada, integrada e sistematizada;
- Utilização de recursos tecnológicos (equipamentos) que auxiliem nos processos, agilizando e influenciando na qualidade do atendimento direto à população.

Assim então, decidiu-se pela implantação no Hospital de um Sistema de Gestão Hospitalar totalmente integrado, pelas razões acima descritas.

O momento que estamos vivenciando é de mudanças e crescimento. Para isso, é de suma importância que a ferramenta de sistematização das informações que auxiliam nas tomadas de decisões seja eficiente e possa acompanhar essa expansão, a fim de racionalizar os recursos e garantir maior eficiência e qualidade na assistência à saúde da população, assim como sua gestão.

- Alcançar a excelência na gestão dos recursos através da implementação do Sistema de Gestão Hospitalar.
- Trazer economia de recursos financeiros significativos para a Gestão, além de melhor prover o gestor de um sistema para planejamento, aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos necessários ao bom atendimento do cidadão.
- Melhor atender os usuários de sistema SUS, com o foco em resolutividade, economicidade e gestão.
- Automatizar as tarefas rotineiras vinculadas ao uso do Prontuário do Paciente;
- Oferecer ao gestor dos hospitais um sistema de informações integrado de apoio à gestão.
- Iniciar a construção de uma base de dados clínicos dos cidadãos-usuários do SUS, com todas as informações de saúde da população atendida, possibilitando a construção de relatórios, indicadores e outros conjuntos de informações.

- Agilizar e otimizar o processamento do faturamento.
- Controlar de forma mais eficiente à assistência farmacêutica e colaborar com o uso racional dos medicamentos.
- Ampliar as bases de dados clínicos para a utilização de ferramentas de cruzamento e de análise de dados, podendo gerar relatórios e indicadores estáticos e dinâmicos.
-Possibilitar a melhoria das informações para a tomada de decisão por parte dos gestores.

Pré – Requisitos para SGH – Sistema de Gestão Hospitalar:

Cadastros Gerais

O módulo de CADASTROS GERAIS concentra os itens de cadastramento de todos os módulos do ERP que são acessíveis a mais de um módulo. - Editor de textos para desenhar os documentos expedidos na recepção; - Elaboração de etiquetas de código de barras para pacientes; - Permissão de acesso customizado por usuário e perfil.

Agendamento

O módulo de AGENDAMENTO permite o gerenciamento de todos os tipos de agendas. Além disto, permite o trabalho independente, por setor, ou a utilização numa central de agendamento.

- Agendamento de consultas, exames e pequenas cirurgias.
- Geração de agenda para longos períodos.
- Determinação de cotas de agendamento por municípios e especialidades.
- Visualização da agenda do médico completa com possibilidade de bloqueio, remarcação e encaixe.

Atendimento

Destina-se ao atendimento dos pacientes, desde a reserva de leitos, controle de visitas, até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

- Atendimento a pacientes internados, ambulatoriais e pacientes externos.
- Cadastro único de pacientes acessível a outras unidades da rede de saúde.
- Ferramentas para impossibilitar duplicidades de pacientes.
- Configurações de entrada de dados diferentes para o SUS,
- Geração de mapas e discos de CIH106, SAH, CIH, etc.
- Configuração de campos obrigatórios.

SAME

No módulo de controle do SAME (Serviço de análise, métricas e estatísticas) é permitido fazer todo o acompanhamento do prontuário do paciente, registrando-se os empréstimos e saídas de prontuários do setor de arquivo, e também processar todos os relatórios estatísticos e indicadores do hospital. Neste módulo também é possível controlar todas as campanhas de vacinação, definindo as agendas de vacinas de um determinado paciente.

- Controle estatístico dos movimentos de atendimento hospitalar.

Consultório

- Atendimento de pacientes agendados.
- Impressão de fichas nos consultórios.
- Receituário.

CCIH

O módulo de CCIH foi desenvolvido para auxiliar na gestão de aplicações das rotinas de controle de infecção hospitalar. Tem como maior diferencial a forte integração com os outros módulos do sistema hospitalar, reduzindo digitação e erros e, portanto, antecipando a tomada de decisões da comissão de infecção. Integram-se ao módulo de Internações Hospitalares, de onde busca, além dos dados do paciente e da internação, todos os indicadores hospitalares mensais como pacientes-dia, média de permanência e transferências internas de setor e serviços:

- Integra-se aos módulos de Prescrição Eletrônica e Farmácia, de onde importa os consumos de antimicrobianos dessas internações;
- Integra-se ao módulo de Centro Cirúrgico/Obstétrico, de onde importa todos os detalhes sobre as cirurgias realizadas nessas internações;
- Integra-se ao módulo de Laboratório de Análises Clínicas, de onde importa os resultados dos antibiogramas e culturas;
- Permite que o próprio usuário do módulo CCIH, registre essas informações sem importar dos outros módulos ou então corrija e/ou complemente aquilo que foi importado;

S. E. S.
Fls: 1228
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Disponibilizam, em vários relatórios e gráficos, as taxas de infecção e outros indicadores apurados, compatíveis com os padrões NNISS para as topografias cirúrgicas, UTIs e berçários de alto risco.

Prescrição Eletrônica (PEP)

A PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA é uma das funcionalidades do prontuário eletrônico do paciente (PEP). Colocamos esta em evidência, pois é a partir dela que se dá o início do tratamento, liberando para outros módulos as atividades que necessitam ser realizadas.

- Prescrição eletrônica de Curta e Longa permanência.
- Prescrição de exames, dietas, SADT, Procedimentos e Mat/Med.
- Requisições Eletrônicas de consumo interno e Subestoques.
- Fichas de Anamnese e evoluções.

SADT

Este módulo permite o gerenciamento dos serviços de exames. O gerenciamento ocorre desde o agendamento até a emissão dos resultados e seu faturamento.

- Laboratório.
- Ressonância.
- Mamografia.
- Endoscopia.
- Diagnóstico por Imagem (Raio X).
- Anexa imagens no formato Dicom e Jpg com seus respectivos laudos.

Centro Cirúrgico

Destina-se à gestão do fluxo de atendimento, desde a agenda até atendimento da farmácia, além de compreender todas as informações clínicas do paciente complementando as informações do prontuário eletrônico.

- Agenda e reserva de salas cirúrgicas de acordo com o tipo de cirurgia.

Banco de Sangue

Permite o controle de doadores e beneficiários que utilizarão o serviço de transfusão de sangue.

- Controle de bolsas.
- Triagem de doadores.
- Requisições de bolsas por centro de custo.
- Doadores aptos e inaptos de acordo os critérios de seleção.

Estoque

A gestão de materiais é facilitada por meio das ferramentas de controle e administração de estoques disponíveis no sistema, especialmente o processo de ressuprimento automático que controla os níveis de estoque, minimizando o investimento no mesmo.

- Controle de estoque dos centros de estocagem e dos centros de custo;
- Ferramentas p/ gerenciar as necessidades de compra e emissão automática de pedidos.
- Livro de medicamentos controlados.
- Fracionamento e dose unitária.
- Controle de validade por lote.
- Códigos de barras.
- Interligação com os catálogos de preços eletrônicos Brasíndice, Simpro e Unitex.
- Interligação total com os módulos de Faturamento, Prescrição Eletrônica e Financeiro. Compras .

O processo de compras é beneficiado tanto com a utilização do ressuprimento automático quanto com as regras de aprovação eletrônica que agilizam e garantem segurança ao trabalho, além de permitir ao hospital disponibilizar aos fornecedores a realização das cotações via Internet.

- Solicitações de Compras.
- Cotações com importação de preços via e-mail do fornecedor.
- Exportação de planilhas, cotações e pedidos por e-mail.
- Cálculo automático do menor preço com geração automática de pedidos.
- Integração com sistemas de pregão eletrônico.

TCE 1238
S. E. S.
Fls: 1229
6
Rubrica

Patrimônio

O módulo de PATRIMÔNIO trabalha integrado com o módulo de ESTOQUE. Todas as notas de entrada de bens de patrimônio podem ser incorporadas no sistema patrimonial sem que haja redigitação do item. Nesse módulo podemos visualizar todo o controle dos bens imobilizados do hospital, catalogando-os com etiquetas geradas pelo próprio sistema, definindo sua localização e identificando-os com foto.

- Controle de entrada de bens imobilizados.
- Registros de ocorrências.
- Calculo de depreciação de acordo com critérios do cliente.

Manutenção

O módulo de MANUTENÇÃO trabalha integrado com o módulo de PATRIMÔNIO e todos os cadastros estarão visíveis à Manutenção. Neste módulo é possível realizar todo o acompanhamento de Ordem de Serviços, Contratos com Terceiros, Equipes de Manutenção, Ferramentas, Programação de Manutenções Preventivas, Ficha técnica dos Equipamentos e etc.

Faturas

Controla todos os produtos e serviços oferecidos pela unidade hospitalar, bem como as regras de faturamento/cobertura, de acordo com o praticado pelo Sistema de Saúde. À medida que ocorre o consumo do paciente nos diversos setores do hospital, e o preço de cada item consumido são automaticamente identificados facilitando a gestão dos custos hospitalares. Para cada fatura emitida, obtém-se um controle das contas a receber por paciente e por área do hospital.

- Faturas por período e etc.
- Layout de espelhos de conta configurados pelo paciente.

Custo Paciente

A competitividade existente entre as empresas ligadas à área de saúde está diretamente relacionada com a capacidade de prover melhores serviços, com maior rentabilidade e menor custo. Sendo assim, o conhecimento dos custos é uma importante ferramenta de apoio à gestão hospitalar. Atentos a este contexto, desenvolvemos dois módulos (CUSTO PACIENTE e CUSTO HOSPITALAR) que fazem a apuração dos custos na instituição.

- Calcula, a partir de tabelas de custos definidos pelo usuário, o custo da conta do paciente, buscando automaticamente os gastos de outros sistemas que estejam interligados.

- Permite incluir no custo das contas, diárias e taxas que obedecerão a um cadastro de cobrança com condições de acordo com a internação e atendimento do paciente.

- O sistema emite diversos relatórios de custos, tais como o custo por procedimento, setor, clínica, etc, e inclusive um comparativo do custo com a receita da conta no sistema de AIH para os pacientes do SUS.

Glosas e Repasses

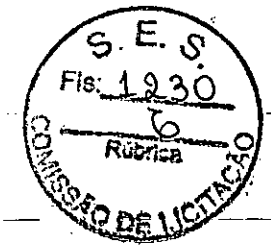
Esse módulo é responsável pela análise e gerenciamento dos pagamentos SUS, permitindo a identificação das glosas e o acompanhamento das negociações destas.

- Controle de glosas por fatura, procedimento e conta.
- Integração das glosas apresentadas com os relatórios.
- Recurso de glosas com justificativas.
- Integração com o sistema Financeiro para efetuar o pagamento.

AIH/SUS

Todos os módulos referentes ao SUS atendem às exigências da Secretaria de Estado da Saúde para o faturamento de pacientes internados, recebem os procedimentos lançados em seus setores de origem e geram integração com o sistema do DATASUS, e permitem o gerenciamento do retorno dos processos e o repasse dos valores faturados.

- Faturamento de AIH integrado com as recepções e SADT em interface amigável e multiusuário.
- Geração de arquivo eletrônico para o sistema do governo.
- Processa e concentra todos os procedimentos lançados em conta de acordo com as permissões avaliadas periodicamente baseado no diário oficial garantindo confiabilidade e segurança na geração de arquivo eletrônico para o governo.



- Gerenciamento de permanência Maior automática na conta.
- Controle da gratuidade, teto financeiro e SADT.

BPA/SUS

- Faturamento Ambulatorial do SUS.
- Transferência automática para o sistema do governo.

APAC/SUS

- Faturamento de procedimentos de alta complexidade.

Financeiro

Nesse módulo as informações são disponibilizadas automaticamente e em tempo real, de acordo com o fluxo de trabalho definido pela Organização. As operações e os processos são definidos pelos usuários e então parametrizados. Todos os processos da empresa são automatizados, gerando maior ganho de produtividade, redução de custos e absoluto controle sobre todas as operações.

- Controle das movimentações bancárias e movimentações do caixa do hospital e seus respectivos saldos.
- Controle de todas as contas a pagar e receber por fornecedor, por período e por grupo financeiro.
- Controle das aplicações financeiras e seus resgates. Tudo integrado ao ESTOQUE (contas a pagar) e ao FATURAMENTO (contas a receber).
- Controle orçamentário por centro de custo e tipos de despesas/receitas.
- Controle de pagamentos feitos com cartão de crédito/débito.
- Controle completo dos cheques emitidos/recebidos
- Cálculo automático dos impostos devidos.
- Emissão de borderô, ordem de pagamentos / recebimentos.
- Controle financeiro por filiais (Multi-empresa).

Custo Hospitalar

- Custo unitário, custo por centro de custo, custo das diárias etc.
- Apuração dos custos pelo Sistema de custeio por absorção, apresentando o relatório final dos custos diretos e indiretos por centros de custos e relatórios comparativos.

Prontuário Eletrônico

Reúne, em apenas um módulo, o máximo de informações sobre a movimentação dos pacientes pelos diversos setores do hospital. Com este programa é possível verificar todas as internações e FAA's vinculadas ao prontuário de cada paciente e, deste modo, todas as evoluções: exames de raios-x, laboratório, endoscopia, ultrassonografia e anátomo, agendamento de cirurgias, materiais e medicamentos lançados para a internação ou FAA dos pacientes. Trata-se de um histórico clínico eletrônico do paciente com todos os seus atendimentos, exames, prescrições, internações, consumos e imagens.

Gerador de Relatórios

Fornecendo uma base de mais de 2.000 relatórios, o módulo ainda permite aos clientes a customização e criação de relatórios específicos de acordo com as necessidades da organização.

- Gerar relatórios integrado com todos os módulos.
- Permite acesso ao banco de dados completo.
- Gera indicadores relacionados com outros módulos com possibilidades de formatação, quebras, ordenação e etc.

Exportação

- Exporta informações em layout texto.

Importação

- Importa informações em layout texto.

S. E. S
Fls: 1231
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1240

Ferramentas WEB

Conjunto de ferramentas versáteis para Web reunidas em um único site, com o objetivo de oferecer aos nossos clientes rapidez, segurança e mobilidade. Elas são:

Business Intelligence: Ferramenta gerencial no formato gráfico que combina indicadores hospitalares a estatísticas de desempenho do hospital na web.

Exames via Web: Os resultados e laudos de exames são disponibilizados automaticamente na Web. Basta o paciente acessar o Hospital Online e imprimir seus resultados. Totalmente integrado ao modulo de SADT, este gera uma senha de acesso no atendimento do paciente com as instruções de retirada no período definido por cada Hospital. Essa ferramenta garante comodidade para seus pacientes e uma economia significativa na impressão dos resultados.

Prontuário Eletrônico Web: Toda a história clínica do paciente em um mesmo módulo web, desde Atendimentos, Exames, Prescrições, até Internações e Consumos. Esse módulo garante a democratização das informações médicas de determinado paciente com todo o corpo clinico de um Hospital de forma rápida e segura.

Agendamento Web: O módulo de agendamento Web possui as mesmas funcionalidades do módulo de agendamento para desktop, porém com toda a mobilidade oferecida pela a Web. Com essa ferramenta, unidades de saúde passam a poder agendar (com limite imposto por cotas) exames, consultas e pequenas cirurgias em um Hospital Central. Permite também que o médico consulte sua agenda e faça bloqueios de qualquer lugar.

Atendimento Web: Destina-se ao atendimento dos pacientes em postos de saúde isolados e ou UBS por meio da utilização da internet. Possibilita o cadastro do paciente, reserva de leitos, controle de visitas até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

Projeção de Infra- Estrutura:

Para implantação do sistema são necessárias as seguintes configurações de equipamentos:

Infra-Estrutura

RECOMENDAÇÕES MÍNIMAS PARA O SERVIDOR DE BANCO DE DADOS
Processador Intel Core 2 Quad Q8400
Hd 250 Gb (Preferência SCSI/SAS 15k)
4 Gb Memória Ram
Placa Mãe OFF-Board (INTEL, MSI, ASUS)
2 Placas de Rede (1000/100 mpbs)
Leitor de DVD
Nobreak
OBS: Preferência de compra de servidores de marca como HP, IBM ou DELL
HARDWARE MÍNIMO PARA ESTAÇÕES DE TRABALHO
Processador: Dual Core 2.7 Ghz
Memória: 1Gb RAM Recomendável
HD: 250Gb
Monitor SVGA
Sistema Operacional: Windows XP / Windows 2000

Para implantação do Sistema de gestão Hospitalar no Hospital serão necessários:

Recursos Humanos necessários:

PARQUE DE MÁQUINAS	RECURSOS DISPONÍVEIS
Até 50 Computadores	1 Técnico de Informática
Entre 51 e 100 Computadores	1 Técnico em Informática 1 Analista de Sistemas (Formação Superior)
Entre 101 e 180 Computadores	2 Técnicos em Informática 1 Analista de Sistemas (Formação Superior)
A partir de 181 Computadores	2 Técnicos em Informática 2 Analistas de Sistemas (Formação Superior)

S. E. S.
Fls: 1232
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1241

Conectividade e estrutura de dados necessários

Necessário que o hospital tenha um link dedicado de internet mínimo de 4 Mb de tráfego, com IP Fixo para manutenções e suporte técnico.

Considerações Finais

É importante notar que a estrutura proposta é apenas um alvo a ser atingido em médio prazo, não havendo a necessidade, inicialmente, de se implementar todos os níveis previstos. Isto é feito gradativamente, à medida que o CIH for aumentando suas atribuições. Além disso, o tamanho de cada serviço ou setor do CIH sofre necessariamente uma variação, de acordo com a etapa em que se encontrar a implementação do CIH.

Devem ser previstas as seguintes etapas para implantação completa do CIH:

- **Planejamento**: inicialmente o CIH tem um setor grande de planejamento e de O&M, que é o responsável por uma análise completa e detalhada do funcionamento do hospital, em todos os níveis, e pela elaboração técnica de um PDI (Plano Diretor de Informática), necessário para um horizonte de 5 anos de automação dos recursos de informação;
- **Implantação do CI e do CPD**: com a especificação de máquinas a serem adquiridas para colocação distribuída, uma estrutura mínima de CI pode ser imediatamente implantada, e iniciar as atividades de aculturação e de suporte a sistemas simplificados baseados em micros. Da mesma forma, uma estrutura mínima de CPD, baseada nos equipamentos centrais da entidade mantenedora, se esta existir (por exemplo, a universidade, a fundação, a secretaria de governo, etc.) pode ser implantada, utilizando linhas remotas, e dando seguimento ao desenvolvimento dos sistemas globais de maior urgência;
- **Implantação intermediária**: ocorre com a aquisição de equipamento próprio de grande porte, migração dos sistemas desenvolvidos para o mesmo, e desenvolvimento de novos sistemas globais. Ao mesmo tempo, é reforçada e ampliada a estrutura do CI;
- **Integração global**: ocorre quando houver condições técnicas para conexão dos sistemas distribuídos ao sistema central, e desenvolvimento de um software de integração e interface com o usuário.

Muitos fatores condicionam o sucesso do processo de informatização de um hospital. Evidentemente, o porte do hospital condiciona, e muito, a extensão, duração e custo final de todas as etapas acima referidas.

2.3.6 Gerenciamento eletrônico de prontuários com ênfase nos sistema de informação – SIH e SIA.

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Nas unidades públicas, a busca pela qualidade em seu faturamento promove a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao estado ou ao município.

O **Setor de Faturamento** tem como principal objetivo faturar as contas hospitalares de seus compradores de serviços.

É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta Hospitalar. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento.

São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço.

A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente pelo hospital. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde de Trindade faz a regulação e controle dos recursos de todas as unidades assistenciais do SUS.

S. E. S.
Fls: 1233
Rubrica

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento do HUTRIN para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema.

O faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

O **Instituto GERIR** vai solicitar que o **DATASUS** coloque seu apoio institucional em especial na operacionalização do **Prontuário Eletrônico** objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

A organização mundial de saúde define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde, considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas, por outro lado, "informar" pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso "informação" pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA). O SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com o processo da municipalização o Ministério da Saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. O sistema padronizado em âmbito nacional, constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

S. E. S.
Fls: 1234
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TC 1243

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde) para se adequar à estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998 sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n º 18/1999 e SAS/MS n º 35/1999 nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso: subsidia os processos da programação pactuada integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O Ministério da Saúde implantou o sistema de informação hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990, desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A autorização de internação hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços, com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/ SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais, desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da secretaria de atenção à saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS, com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM) a partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, OPM do (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.

Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.

Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.

Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, OPM.

S. E. S.
Fls: 1235
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.

Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.

Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.

Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do sistema único de saúde.

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo. Nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela central de regulação ou SAMU.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

3. ÁREA DE ATIVIDADE

Apresentação

Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.**

Objetivando a coerência no modelo gerencial proposto, não serão trabalhadas atividades fragmentadas e sim o hospital como uma estação produtora de cuidados, inserido no Sistema Estadual de Saúde e com os componentes estruturantes de uma rede.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais e o **Instituto de Gestão em Saúde - GERIR**: Horários e distribuição semanal dos locais de atendimento; readequação de espaços que não se encontram em funcionamento; incrementos e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

Em relação a Proposta do Programa de Humanização, a presente proposta técnica elaborou o modelo de gestão a ser implantado com as estratégias da Política Nacional de Humanização. Encontra-se ainda elaborada a proposta de implementação do Programa de Humanização da Atenção, na área do Edital, que compreende a Qualidade, Eficácia, Eficiência, Efetividade e Economicidade.

Classificação de Risco de Manchester

O Grupo de classificação de risco de Manchester foi criado em novembro de 1994 com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros para a padronização da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Um estudo realizado mostrou variações importantes nas nomenclaturas e definições existentes. Verificou-se então, a necessidade de desenvolver:

S.E.S. Fls: 1236 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Nomenclatura comum;
- Definições comuns;
- Sólida metodologia;
- Programa de capacitação;
- Guia de auditoria.

TC 1245

Apesar da variabilidade encontrada verificou-se a existência de tempos-resposta comuns e chegou-se a uma conclusão quanto a um novo sistema de nomenclatura e definição. Para cada prioridade foi atribuído um número, um nome, uma cor e um tempo alvo para a primeira avaliação médica. Através de reuniões de âmbito nacional no Reino Unido entre representantes enfermeiros e médicos dos serviços de urgência foi criada uma escala nacional de triagem.

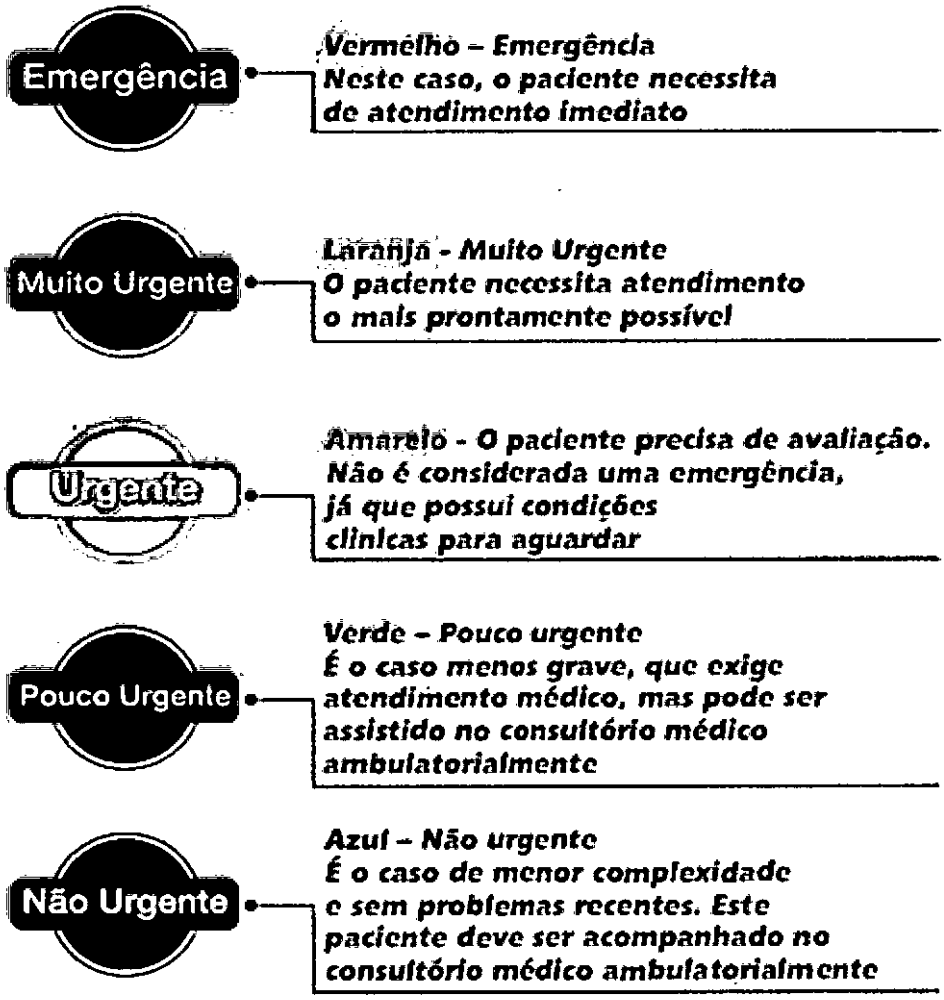
O objetivo da classificação de risco é identificar a prioridade clínica e não o diagnóstico, facilitando a gestão da clínica de cada paciente e a gestão do serviço como um todo. O método consiste em identificar a queixa principal do paciente (motivo que o levou a procurar o serviço), definir a condição apresentada (fluxograma de apresentação) e procurar sinais e sintomas (discriminadores) em cada nível de prioridade clínica.

Nos projetos de implantação das Redes de Urgência e Emergência, um dos pilares é a adoção de um sistema de triagem em todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária até a terciária, para que os pacientes passem por um processo de classificação de risco clínico que oriente o atendimento ou encaminhamento do paciente para o ponto de atenção à saúde mais adequada ao seu quadro clínico.

A Classificação de Risco de Manchester é uma metodologia científica que confere classificação de risco para os pacientes que buscam atendimento em uma unidade de pronto atendimento. O Sistema de Classificação de Risco (SCR) dispõe de 52 entradas, que se entende por fluxos ou algoritmos para a classificação da gravidade, avaliação esta codificada em cores. Os fluxogramas estão agrupados de forma a identificar sinais, sintomas ou síndromes que habitualmente motivam a ida do paciente a um Pronto Atendimento.

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao

paciente, de forma a não comprometer a sua saúde. Quanto ao significado das cores, Pancieri informa que o paciente classificado como vermelho deve ser atendido de imediato, ou seja, tempo zero. As demais cores laranja, amarelo, verde e azul devem ser atendidas em tempo máximo de 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos respectivamente, conforme Figura 3.



As características do modelo assistencial e as ferramentas para gestão da clínica, também estão contempladas de modo transversal na presente proposta. Classificação de Risco de Manchester

O **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos,** como organização de hospitalar, abriga distintos **pontos de atenção à saúde**: pronto atendimento, ambulatório, clínicas de internação e centro cirúrgico.

A unidade apresenta estrutura de referência para o município de Trindade de municípios circunvizinhos para primeiro atendimento de urgência e emergência clínicas, internações de baixa e média complexidade em ginecologia obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e urologia.

Dentro da proposta organizacional da saúde para o município e microrregião a instituição garante acesso aos serviços pactuados de forma regulatória e contínua, segundo programações específicas.

O Centro de Comunicação e ordenador é o Complexo Regulador.

Os **Sistemas de Apoio** são os lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção: campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica, nutrição e dietética, hemoterapia, e dos sistemas de informação em saúde.

Os **Sistemas Logísticos** são soluções tecnológicas, ancoradas em tecnologias da informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e usuários nas redes: cartões de identificação de usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários, serviço de esterilização, higiene e limpeza e hotelaria e lavanderia hospitalar.

A internação do paciente dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. Na inexistência eventual de leito vago, regular os pacientes através da Central de Regulação, para os demais serviços de saúde SUS. Evitar Vaga Zero.

A proposta de atuação desta unidade de saúde é de servir como porta de entrada de urgência e emergência, além de sua capacidade de realizar internações hospitalares de média complexidade. Dentro do seu perfil assistencial. O Hospital se propões absorver a demanda em cirurgia eletivas de diversas especializadas cirúrgica, para a população da sua área de abrangência, resultando em otimização de sua capacidade instalada e redução de encaminhamentos desnecessários e a sobrecarga de outros serviços de maior complexidade.

A proposta apresentada pelo **Instituto GERIR** reafirma as diretrizes da SES/GO: a programação cirúrgica eletiva deve atender aos mecanismos regulatórios adotados pela SES-GO e no que se refere ao processo de inserção do Hospital no Sistema de Regulação se compromete a aderir os protocolos clínicos para a referência do atendimento às urgências e emergências, assim como aqueles disponibilizados para a realização de cirurgias eletivas.

A Proposta Técnica apresentada pelo **instituto GERIR** aporta ações de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pelo Programa Municipal de Humanização da Atenção à Saúde, e em consonância com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde.

O **Instituto GERIR** preocupando-se em oferecer assistência à saúde de forma segura e de qualidade, incorpora, também, na presente proposta técnica, as diretrizes para segurança do paciente propostas pelo Ministério da Saúde através da criação e implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente para o monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde.

Todas as atividades assistenciais desenvolvidas devem sofrer regulação, de acordo com os mecanismos existentes, ou que venham a ser criados, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário, considerando o sistema de saúde com inserção nas Redes de Atenção à Saúde.

Ações Estratégicas

Desenvolver Plano de Segurança do Paciente (PSP), atendendo as normativas da RDC 36/2013 e RDC 53/2013.

Implementar protocolos de segurança do paciente.

Realizar a notificação dos eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em até quinze dias após a ocorrência, com exceção para os casos que resultar em morte, os quais deverão ser notificados em até 72 horas.

S. E. S.
Fls: 1238
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população ao **Hospital** e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

Identificar as barreiras de acesso ao serviço hospitalar.

Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.

Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.

Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.

Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual de Saúde e setores envolvidos.

Implementar as ações definidas.

3.1 Melhoria da Qualidade da Assistência

A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do hospital que serão apresentados e descritos; no Sistema de Apoio e Diagnóstico Terapêutico, no Sistema Logístico e no Sistema de Governança.

3.1.1 Pontos de Atenção

- **Pronto Atendimento**

O **HUTRIN** disponibilizará atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tal os atendimentos não programados que ocorram de forma espontânea, por livre demanda da população, ou preferencialmente de forma referenciada.

Deverão estar disponibilizados:

08 leitos de observação; 16 leitos para internação de clínica cirúrgica, 15 leitos para internação de clínica médica, 07 leitos para internação obstétrica, 05 leitos para internação pediátrica e 08 leitos para UCI.

A Porta Hospitalar de Urgência deverá ser reorientada, em consonância com as ações recomendadas pelo Plano Nacional de Segura do paciente e pela Política Nacional de Humanização através do Acolhimento com Classificação de Risco, Classificação de Manchester, já colocada na presente proposta.

Integralidade no cuidado.

Os casos de maior gravidade são estabilizados em ambiente próprio ao atendimento de emergências, e então preparados para um transporte adequado, responsável e referenciado a uma unidade de maior complexidade.

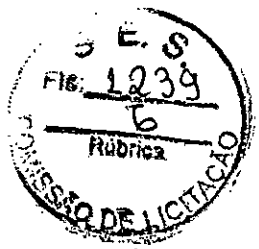
Os pacientes clínicos, acolhidos e classificados como quadros de urgência de menor complexidade, são atendidos na própria unidade, sendo que, quando for necessário, poderão ser mantidos em observação, ou ter internação hospitalar solicitada, o que pode ocorrer no próprio hospital ou em outro serviço hospitalar adequado às necessidades específicas do paciente.

Se, em consequência do atendimento de urgência, o paciente for mantido em regime de observação por período menor que 24 horas, somente será registrado o atendimento ambulatorial em caráter de urgência. Ultrapassadas 24 horas de observação, a instituição deverá fazer a solicitação de autorização de internação hospitalar (AIH).

Os pacientes acolhidos, e classificados como atendimentos não urgentes, deverão aguardar o atendimento ou ser referenciados às unidades de atenção básica, segundo seu local de residência.

As principais etapas de trabalho e ações aqui relacionadas sob a responsabilidade da Unidade de Pronto-Atendimento do HOSPITAL são:

- Acolhimento do Paciente com Classificação de Risco, segundo o protocolo de Manchester;
- Acolhimento e Orientação de Familiares/Acompanhante;
- Desenvolvimento de Abordagem Interdisciplinar;
- Oferta de Cuidado Médico e de Enfermagem;
- Avaliação regular do paciente mantido em observação;
- Assistência Psicossocial;
- Avaliação e Suporte Nutricional;
- Desenvolvimento, Adoção e/ou Implementação de Protocolos e Rotinas em Urgência e Emergência;
- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Transporte Sanitário para pacientes transferidos à outras unidades hospitalares e ou para a realização de exames complementares;



- Manutenção, Atualização e Guarda do prontuário do Paciente;
- Alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede municipal e/ou regional.

- **Ambulatório**

A atenção ambulatorial se refere ao conjunto das ações ofertadas e executadas em nível ambulatorial de forma programada e ou referenciada, atendendo tanto pacientes externos, como pacientes egressos da internação hospitalar, quando necessário.

As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade do Hospital neste nível são:

- Acolhimento do Paciente e Familiares/Acompanhantes;
- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Manutenção, Atualização e Guarda do prontuário do Paciente.

O ambulatório no **HUTRIN** possui atualmente 15 salas e 2 consultórios, o qual serão disponibilizadas consultas ambulatoriais a pacientes: egressos cirúrgicos do próprio hospital; de clínica médica; ortopedia, pediatria, urologia, ginecologia e obstetrícia observada sua capacidade operacional.

Serão disponibilizados procedimentos de enfermagem e ações do serviço social, fisioterapia, nutrição e farmácia.

Além das consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições medicas, orientam pacientes e familiares quanto aotratamento continuado e cumprem as atribuições sempre cooperando com o corpo clinico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporcioná-los assistência imediata. O ambulatório deve se articular com o Sistema Estadual de Saúde para estabelecimento da contra referência dos usuários. Os usuários devem retornar para os pontos de atenção da Atenção Primaria á Saúde, respeitando os seus territórios sanitários. Este fluxo estará sendo estabelecido a partir do **Conselho Gestor**.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionamento das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira.

Deverão ser organizadas **no período de 30 dias**, reuniões com a Gerência Médica, equipe da residência médica e residência multiprofissional objetivando definir funcionamento do ambulatório, com horários de funcionamento e estabelecer a ocupação dos consultórios e especialidades segundo as demandas e necessidades.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais: Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

Proposta de Atenção Ambulatorial para Acompanhamento Pré e Pós Operatório das Cirurgias Eletivas

Reafirmando o Conselho Gestor durante a realização do Planejamento Estratégico deve realizar reuniões com a Diretoria Técnica objetivando definir funcionamento do ambulatório, com horários de funcionamento e estabelecer a ocupação dos consultórios e especialidades segundo as demandas e necessidades.

Através da Gerência Estadual de Saúde serão estabelecidos critérios de prioridades para cirurgias eletivas respeitando as demandas municipais da região de abrangência do HUTRIN.

As cirurgias eletivas que apresentarem demanda reprimida poderão ser resolvidas através da organização de mutirões.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para acompanhamento Pré e Pós Operatório das Cirurgias Eletivas.

Serão definidos em conjunto com os profissionais: Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais para triagem das cirurgias eletivas, agendamento e realização dos exames necessários para a realização das cirurgias e acompanhamento de risco cirúrgico. As equipes multidisciplinares também atuarão nesta fase. O setor de Psicologia irá atuar preparando emocionalmente os usuários para realização da cirurgia. A enfermagem deve trabalhar ações preparatórias e a área de Nutrição e Dietética deve atuar nas orientações alimentares, tais como jejum, etc. Serão utilizadas, no mínimo, uma consulta ambulatorial e dois retornos no acompanhamento pré-operatório.

Serão também definidos em conjunto com os profissionais: Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais para acompanhamento do Pós Operatório, agendamento e realização dos exames necessários para avaliação do resultado das cirurgias realizadas e acompanhamento da recuperação cirúrgica. As equipes multidisciplinares também atuarão nesta fase. A área de Nutrição e Dietética deve atuar nas orientações alimentares, mudanças de hábitos alimentares. A equipe de fisioterapia deve atuar na recuperação e reabilitação, quando necessário. O número de consultas ambulatoriais a serem utilizadas, dependerá do tipo e porte cirúrgico e da necessidade do paciente, porém deverão ser agendadas no mínimo, uma consulta ambulatorial e dois retornos no acompanhamento pós operatório.

- **Clínicas de Internação**

O **HUTRIN** funcionará com capacidade operacional para leitos distribuídos nas enfermarias de Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Ortopedia, Urologia e Cirurgia Geral, respeitando a capacidade operacional, evitando a utilização de macas para internação.

Deve estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual com atenção ao trauma e ao acidente vascular cerebral.

O Hospital de Urgências de Trindade opera como referência de internação em baixa e média complexidade nas especialidades de Clínica Médica; Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Urologia, sendo referência para o município de Trindade e municípios circunvizinhos. As especialidades de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e cuidados intensivos terão atendimento em regime de internação de forma regular e horizontalizada, contando com plantão físico 24h, sete dias por semana.

No que se refere às cirurgias eletivas, nas diferentes especialidades, os procedimentos são realizados segundo escalas específicas e, também, em regime de mutirão.

Neste sentido a Diretoria Colegiada e o Conselho Gestor devem articular-se com a Regional de Saúde do estado para levantamento das demandas nos municípios, incluindo demandas prioritárias para implementação de mutirões.

A **Diretoria Colegiada** deve discutir no Planejamento Estratégico as ferramentas gerenciais objetivando implementar a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, em regime de hospital-dia, de forma a otimizar a capacidade instalada dos equipamentos hospitalares.

As portas de entrada para internação devem sempre ser acompanhadas e reguladas pelos mecanismos regulatórios existentes ou que venham a ser criados.

A atenção hospitalar diz respeito ao conjunto de ações e serviços ofertados ao paciente e seus familiares em regime de internação. As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade do Hospital de Urgência de Trindade:

- Acolhimento do Paciente e Familiares/Acompanhante;
- Estabelecimento de Plano Terapêutico Individual;
- Desenvolvimento de Abordagem Interdisciplinar;
- Cuidado Médico e de Enfermagem, preferencialmente de forma horizontalizada;
- Avaliação e Suporte Nutricional, inclusive Enteral e Parenteral, quando necessário;
- Fornecimento de refeições sob supervisão do Serviço de Nutrição e Alimentação
- Tratamento de morbidades associadas, diferentes daquelas que levaram à internação do paciente;
- Autorização para permanência de acompanhante para idosos, crianças, adolescentes e gestantes;
- Realização de interconsultas, exames complementares, internos ou externos, quando necessário;
- Encaminhamento e transferência para outras unidades e ou serviços de saúde, quando necessário;
- Avaliação e Acompanhamento Fisioterápico;
- Adoção de cuidados multidisciplinar e multiprofissional;

S. E. S.
Fls: 1241
6
Rubrica
TC 1250

- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Fornecimento de enxoval hospitalar;
- Garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Manutenção, Atualização e Guarda do prontuário do Paciente;
- Incorporação Regular de Registros do Paciente/Acompanhante ao Prontuário;
- Ações de hemoterapia (transfusões) e hemovigilância;
- Transporte Sanitário para pacientes transferidos à outras unidades hospitalares, para a realização de interconsultas e ou para a realização de exames complementares;
- Disponibilização de diárias de hospitalização em enfermaria compartilhada ou individual, quando necessário;
- Utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, contempaldos na tabela unificada pelo SUS:
- Alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede municipal e/ou regional.

As portas de entrada para internação serão acompanhadas e reguladas pelos mecanismos regulatórios existentes.

O trabalho realizado nas unidades de internação será pautado na abordagem multidisciplinar, com a organização de grupos de discussão para estudos de casos e a tomada de decisão baseada em evidências clínicas.

Clinica Médica, Clinica Cirúrgica e Obstétrica:

As referidas clínicas possuem 31 leitos.

Na Clinica Médica: 15 leitos

Na Clinica Cirúrgica: 16 leitos

Estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos hospitalares.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual

- **Unidade de Cuidados Intensivos**

UCI: 08 leitos

A Unidade de Cuidados Intensivos encontra-se no momento desativada por falta de recursos humanos e insumos médicos hospitalares suficientes. Diante disso, o Instituto de Gestão em Saúde – GERIR irá desenvolver ações para regularizar esse atendimento à comunidade. Além disso, será realizado o credenciamento no SUS de leitos de UCI não cadastrados no CNES.

- **Centro Cirúrgico**

Utilização de 02 salas de cirurgia e 02 salas de recuperação Pós-Anestésica- RPA, 01 vestiário masculino, 01 vestiário feminino, 01 sala DML, 01 sala CME e 01 copa.

As salas deverão estar preparadas para atender procedimentos cirúrgicos, com funcionamento ininterrupto em todos os dias da semana, por 24 horas.

Como descrito no ambulatório serão desenvolvidos estudos e debates objetivando organizar o Centro Cirúrgico contemplando as demandas assistenciais do Sistema Estadual de Saúde de Goiás, priorizando as cirurgias de urgência, mas trabalhando com as prioridades das cirurgias eletivas e incluindo mutirões.

O centro cirúrgico é um ponto de atenção de organização complexa, formado por várias partes que se relacionam para além de um layout arquitetônico e densidade tecnológica.

A Proposta de Trabalho do **Instituto** para o centro cirúrgico do **hospital** tem como principal ação, incrementar a capacidade de produção cirúrgica, trabalhando ações do modelo gerencial e ampliando o horário de funcionamento.

Nesta perspectiva, trabalhar com ações estratégicas articuladas ao Modelo Gerencial.

S. E. S.
Fls: 1242
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Em linhas Gerais a descrição de algumas Ações Estratégicas:

Ações Estratégicas:

Modelagem e Simulação do Ambiente Cirúrgico:

No Modelo Gerencial proposta trabalhamos com conceitos de Integração Vertical e Horizontal e Economia de Escala. Atualmente, pesquisadores e analistas de negócios estão começando a descobrir o potencial do uso da simulação dentro do ambiente hospitalar.

Através do estudo das interações entre pacientes, médicos, enfermeiros e equipe técnica e de suporte, a simulação pode se tornar uma ferramenta muito útil na eliminação de ineficiências e a alocação de recursos para determinados setores otimizados.

A simulação é utilizada no estudo da comparação entre diferentes sistemas para definição dos recursos ou requisitos a serem utilizados, o tempo de processamento dos sistemas, a quantidade de pacientes atendidas e o tempo de atendimento .

Dentro do ambiente hospitalar, está localizado o complexo sistema centro cirúrgico. O centro cirúrgico é uma unidade assistencial, onde são realizadas operações cirúrgicas, visando atender intercorrências clínicas, com suporte da ação de uma equipe de profissionais.

Requer suporte adequado de modo que os aspectos técnico-administrativos referentes à planta física e localização, aos equipamentos, ao regimento, às normas, às rotinas e aos recursos humanos sejam assegurados como mecanismos que subsidiem a prevenção e o controle dos riscos e sustentem, na prática, a proteção ético-legal da equipe e da instituição.

Algumas situações a que os pacientes são submetidos nos ambientes cirúrgicos, tornam necessária a aplicação de novas técnicas e procedimentos que facilitem a execução de tarefas nesses ambientes. Um exemplo de situação que poderia ser evitada é o atraso ou o cancelamento de cirurgias que muitas vezes acabam fazendo com que os preparos pré-cirúrgicos dos pacientes sejam perdidos, além dos custos adicionais à instituição, o desconforto causado tanto aos pacientes bem como para os demais profissionais envolvidos, e que nem sempre são os responsáveis diretos pelos atrasos ou cancelamentos. Estes são fatores que devem ser minimizados, objetivando assim a qualidade da prestação de serviço e a satisfação do quadro funcional.

Através da implantação de uma solução que permita confeccionar e adequar o mapa cirúrgico, teremos os seguintes benefícios:

- diminuir o tempo de ociosidade das salas cirúrgicas;
- melhorar a administração dos intervalos de utilização das salas, acarretando na diminuição dos atrasos;
-possibilitar uma maior flexibilidade na agenda dos cirurgiões;
- diminuir o tempo médio de dias de internamento, tendo em vista a facilidade em realizar o remanejamento das cirurgias quando for necessário;
- melhorar a previsão dos instrumentos, equipamentos e materiais necessários para realização de cirurgias;
- diminuir as situações de risco a que os pacientes são submetidos desnecessariamente, pois muitos preparos pré-operatórios e transferências entre a unidade de internação e o centro cirúrgico poderiam ser evitados.

Além disto, um modelo implementado através de uma ferramenta de simulação, poderá fornecer muitas informações essenciais na melhoria do processo de agendamento do mapa cirúrgico e desta forma possibilitar uma diminuição na ociosidade das salas cirúrgicas.

Metodologia

Para o desenvolvimento apropriado das tarefas dentro do centro cirúrgico, os pacientes devem ser escalados para os procedimentos cirúrgicos através do mapa cirúrgico, encaminhados para o ambiente cirúrgico, sendo neste anestesiados, o procedimento cirúrgico é realizado pela equipe utilizando os materiais, instrumentos e equipamentos adequados a manutenção da vida do paciente.

Para facilitar a criação do mapa, existe uma divisão das salas, criando assim uma agenda prévia dos dias semana e turnos disponíveis para cada especialidade clínica, incluindo-se nesta as salas destinadas às cirurgias de emergência.

A partir do mapa ocorre a verificação da disponibilidade de leitos de internamento e suas respectivas reservas, preparo dos pacientes, adequação do ambiente cirúrgico, reserva de equipamentos e instrumentos necessários para o procedimento e também aquisição ou transporte dos materiais a serem utilizados nas cirurgias.

Para a confecção do mapa, são utilizados os avisos de cirurgias, que nada mais são que informativos de execução dos procedimentos elaborados pelos médicos. O preenchimento destes avisos pode ser efetuado em dois momentos: quando o paciente já está internado na instituição ou quando o médico verifica a necessidade da intervenção cirúrgica.

Nestes avisos as principais informações encontradas são a data e horário preferencial para a cirurgia, a especialidade cirúrgica, o procedimento a ser realizado, os equipamentos, instrumentos e materiais necessários para a execução do mesmo.

Através da visualização dos avisos e da disponibilidade das salas cirúrgicas, equipamentos, instrumentos e demais materiais necessários, é realizada uma análise do número de cirurgias já programadas para cada dia, turno e especialidade, lembrando das cirurgias de emergência, permitindo assim confirmar o agendamento solicitado através deste, ou sugerir novas datas e horários para os mesmos.

A simulação consiste em descrever um modelo através de processos ou sistemas, a qual possui parâmetros que permitem a configuração do modelo, permitindo a tomada de decisão a respeito da execução prática do mesmo.

Através da criação de software é possível solucionar questões relacionadas a:

- análise de capacidades;
- planejamento de recursos e dos equipamentos;
- projeto das instalações;
- análise logística;
- planejamento da gestão do atendimento;
- projetos de novas instalações ou expansões das já existentes;
- otimização de setores de emergência, centros cirúrgicos, central de exames, entre outros;
- reengenharia.

Proposta para Uso Racional de Antimicrobianos:

Com a CCIH, estabelecer um projeto objetivando promover o uso racional de antimicrobianos por meio da duração adequada da profilaxia antimicrobiana cirúrgica.

Metodologia

Intervenção: avaliação do farmacêutico dos antimicrobianos prescritos na profilaxia cirúrgica, solicitando a interrupção do tratamento, nos pacientes elegíveis, em 48h no pós-operatório. Serão considerados pacientes elegíveis aqueles que preencherem os critérios de inclusão.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Pacientes em pós-operatório, em uso de antimicrobianos destinados à profilaxia cirúrgica	Pacientes no pós-operatório de: - cirurgias contaminadas e infectadas; - cirurgias urológicas.

A profilaxia está indicada na maioria das cirurgias limpas e limpas-contaminadas (definições em anexo).

Indicador

Número de pacientes em que houve adesão ao protocolo / Número de pacientes elegíveis avaliados x 100.

Definições: Classificação do potencial de contaminação

Limpa	- Cirurgias eletivas, feridas não infectadas - Sítios cirúrgicos onde não é encontrada inflamação - Não há abordagem de vísceras ocas (tratos respiratório, genitourinário, digestivo ou orofaringe) - Primariamente fechadas - Drenagem fechada, se necessária - Não há quebra de técnica - Trauma não penetrante Exemplos: mamoplastia, herniorrafia inguinal, próteses de quadril
Limpa contaminada ou potencialmente contaminada	- Há abordagem dos tratos digestivo, respiratório, genitourinário ou orofaringe - Situações controladas e sem contaminação não usual. - Cirurgia genitourinária: quando não há cultura de urina positiva colhida no pré-operatório - Em cirurgia do trato biliar: não há infecção de vias biliares - Nas cirurgias de apêndice, vagina e orofaringe quando não há evidência de infecção ou quebra de técnica. Exemplos: colecistectomia eletiva, histerectomia por via vaginal ou abdominal
Contaminada	- Feridas traumáticas recentes, abertas - Contaminação grosseira durante cirurgia de trato digestivo, manipulação de via biliar ou genitourinária na presença de bile ou urina infectadas - Quebras maiores de técnica - É encontrada inflamação aguda não purulenta. Exemplo: colecistectomia por colecistite aguda, fratura exposta (≤8h)
Infectada	- Feridas traumáticas antigas com tecido desvitalizado, corpos estranhos ou contaminação fecal - Vísceras perfuradas ou secreção purulenta encontradas durante a cirurgia. Exemplo: laparotomia exploradora por perfuração de cólon, drenagem de abcessos

S.E.S.
Fls. 1244
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

3.1.1.1 Segurança do paciente

1253

O Ministério da saúde tem instituído medidas para garantir a segurança do paciente nas instituições de saúde. Estudos mostram que cada dez pacientes atendimentos em um hospital, um sofre pelo menos um evento adverso, como por exemplo, queda administração incorreta de medicamentos e falhas na identificação do paciente.

Diante dessa realidade apresentada, o instituto GERIR irá instituir o Núcleo de segura do paciente no Hospital de Urgências de Trindade e desenvolver Plano de Segurança do Paciente (PSP) até dia 26 de fevereiro de 2013, atendendo as normativas da **RDC 36/2013 e RDC 53/2013.**

As normatizações têm como princípios norteadores a melhoria contínua dos 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 e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

O Plano aportará estratégias e ações de gestão de risco para a identificação do paciente, a higiene das mãos, a segurança cirúrgica, os cuidados com a prescrição, o uso e a administração de medicamentos, entre outros.

Será de responsabilidade do Núcleo (NSP) realização da notificação dos eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em até quinze dias após a ocorrência, com exceção para os casos que resultar em morte, os quais deverão ser notificados em até 72 horas. Quedas de pacientes, infecções hospitalares e o agravamento da situação de saúde por falhas ocorridas durante cirurgias.

Atividades	Segurança do Paciente 2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Criação do Núcleo de Segurança do paciente	■	■										
Elaboração do Plano de Segurança do paciente	■	■										
Formação da Equipe Estratégica		■										
Capacitação da equipe para realização de notificação de eventos adversos		■	■		■	■			■	■		
Implementação dos protocolos de segurança do paciente		■	■	■	■							
Reunião da Equipe Estratégica		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Avaliação			■			■			■			■

3.1.1.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem

Os serviços de saúde tem se preocupado em qualificar o atendimento prestado nas instituições de saúde mediante implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), na modalidade de processo de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

O Processo de Enfermagem possui cinco etapas operacionais inter-relacionadas e interdependentes: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência de enfermagem, implementação e avaliação da assistência de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

É amplamente considerado como um importante método para gestão do cuidado (SÁNCHEZ, RODRIGUEZ et al., 2002), oportuniza atendimento individualizado (THOMAZ; GUIDARDELLO, 2002) e de qualidade (MARQUES; CARVALHO, 2005). Essa ferramenta de trabalho é dinâmica e contribui para sistematização, humanização e direcionamento das intervenções para alcance de resultados, maximiza a ação da equipe de enfermagem, e ainda, quando devidamente documentado, proporciona dados importantes que podem direcionar a prática no futuro, considerando pacientes em situações semelhantes (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Sua implementação é obrigatória no Brasil (COFEN, 2009) e sua utilização, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2001). Neste contexto, o instituto GERIR irá implementar a SAE, atendendo a **Resolução do COFEN nº 358/2009.**

Os Protocolos referentes à SAE estão apresentados abaixo.

PROTOCOLO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Sexo: ( )M ( )F

Data de Nascimento:____/____/____ Estado Civil:_____ Religião:_____

Profissão/ocupação:_____ Procedência:_____

Telefone:_____ Endereço:_____

_____

2. ENTREVISTA

Numero de moradores:

Antecedentes pessoais: ( )HAS ( )DM ( )Tabagismo ( )Alcoolismo ( )Outros:_____

Doenças cardiovasculares: Cardiopatia: ( )não ( ) sim Insuficiência venosa crônica: ( )não ( ) sim Insuficiência arterial, trombose, AVE, cirurgias: ( )não ( ) sim_____

Doenças do sistema respiratório (DPOC, asma, entre outras): ( )não ( ) sim_____

Antecedentes familiares: ( )HAS ( )DM ( )Tabagismo ( )Alcoolismo ( )Outros:_____

Doenças cardiovasculares: Cardiopatia: ( )não ( ) sim Insuficiência venosa crônica: ( )não ( ) sim Insuficiência arterial, trombose, AVE, cirurgias: ( )não ( ) sim_____

Doenças do sistema respiratório (DPOC, asma, entre outras): ( )não ( ) sim_____

Renda pessoal:_____ **Renda Familiar:**_____

S. E. S.
Fls: 1245
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Tipo de moradia: ( ) cedida ( ) alugada ( ) própria ( ) outro_____
Infraestrutura da moradia: ( ) água potável ( ) esgoto ( ) eletricidade número de cômodos:_____
Conhecimento sobre a condição de saúde:_____
Sintomas presentes:_____

3. EXAME FÍSICO
3.1 Regulação vascular/oxigenação:
a) FR:_____ipm **b)** PA:_____mmHG
c) Condições dos Membros inferiores:
Edema: **MID** ( )não ( )sim:_____(1+ - 4+) **MIE**( )não ( )sim: :_____(1+ - 4+)
Cianose nas extremidades: **MID** ( )não ( ) sim **MIE** ( )não ( ) sim
Perfusão periférica: **MID** ( ) Sem alterações ( ) Diminuída:_____segundos **MIE** ( ) Sem alterações ( ) Diminuída:_____segundos
Pulso: **MID - Popliteo:** ( )ausente ( )presente_____ **Tibial posterior:** ( )ausente ( )presente_____
Pedioso: ( )ausente ( )presente_____
MIE - Popliteo: ( )ausente ( )presente_____ **Tibial posterior:** ( )ausente ( )presente_____
Pedioso: ( )ausente ( )presente_____
Palidez após elevação em 60 graus: **MID** ( )não ( ) sim: _____segundos **MIE** ( )não ( ) sim:_____segundos
Formigamento e/ou queimação: **MID** ( )não ( ) sim **MIE** ( )não ( ) sim
Claudicação: **MID** ( )não ( ) sim **MIE** ( )não ( ) sim
2 Regulação térmica:
a) Tax: _____ºC
3.3 Nutrição e hidratação:
a) Dados Antropométricos:
Peso _____ Altura _____ IMC _____
b) Ingestão diária atual de água (medida de 1 copo americano – 200 ml). Especificar_____
(1) até 1 copo (2) de 1 a 5 copos (3) de 6 a 10 copos (4) mais de 10 copos
c) Quantidade de refeições Diárias:_____
d) Tipo de alimento ingerido:

Café da manhã:	
Colação:	
Almoço:	
Lanche:	
Jantar:	
Ceia:	

Numero de porções propostas por dia conforme grupos da pirâmide alimentar:

Grupos	Tipos de alimentos	Porções/dia	Porções/ingeridas	Kcal/dia ingeridas
Grupo 1	Cereais, pães, raízes e tubérculos	8 porções/dia		
Grupo 2	Hortaliças	3 porções/dia		
Grupo 3	Frutas e sucos de frutas	3 porções/dia		
Grupo 4	leites, queijos e iogurte	3 porções/dia		
Grupo 5	Carnes e ovos	2 porções/dia		
Grupo 6	Leguminosas –	1 porção/dia		
Grupo 7	Óleos e gorduras	2 porções/dia		
Grupo 8	Açucares, balas, chocolates, salgadinhos	2 porções/dia		
Porções Total/dia e Kcal total/dia				

3.4 Atividade física:
a) Práticas atuais de atividades físicas:_____
b) Práticas atuais de exercício físico:_____
3.5 Sono e repouso:
a) Quantidade de horas de sono/dia:_____
b) Sente-se descansado ao despertar: ( ) não ( ) sim
c) Descrição dos hábitos de repouso:_____

3.6 Locomoção:
Independente para deambular ( )
Usa equipamento de apoio ( ) _____
não deambula ( ) _____
3.7 Psicoespirituais:
Praticante: ( ) não ( ) sim
Necessidade de auxílio espiritual: ( ) não ( ) sim_____
4. Exames Laboratoriais
Glicemia em jejum:_____mg/dL b) Glicemia pós-prandial:_____ mg/dL
Hemoglobina glicada:_____ mg/dL
Hemograma completo:_____
Resultados de exames dos membros inferiores (Doopler vascular):_____
Proteínas totais:_____ Albuminas:_____
Outros:_____
_____
5. Diagnósticos de enfermagem
_____
_____
_____
_____
6. Prescrições de enfermagem
_____
_____
_____

PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA GESTANTE

ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM - GINECOLOGIA

1. **IDENTIFICAÇÃO:**
NOME:_____
IDADE:_____COR:_____NATURALIDADE:_____
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:_____ESTADDO/CIVIL:_____
ENDEREÇO ATUAL:_____
SITUAÇÃO CONJUGAL:_____
GRAU DE INSTRUÇÃO:_____
RENDA FAMILIAR:_____
CONDIÇÕES DE MORADIA (TIPO,Nº DE CÔMODOS); ALUGUEL/
PRÓPRIA._____
CONDIÇÕES DE SANEAMENTO (ÁGUA, ESGOTO, COLETA DE LIXO):_____

2. **ANTECEDENTES FAMILIARES:**
Hipertensão Arterial ( ) SIM ( ) NÃO Diabetes Mellitus:( )SIM ( )NÃO
Câncer de mama e/ou colo uterino: ( )SIM ( )NÃO
OUTRAS DOENÇAS: ( ) SIM ( )NÃO
Infecção do Trato Urinário:( )SIM ( )NÃO
3. **ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:**
Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade):_____
Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, porquanto tempo e motivo do abandono):_____
Doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro):_____
Doença inflamatória pélvica:_____
Mamas (alteração e tratamento):_____

Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou preventivo, data e resultados):_____

Início da atividade sexual (idade da primeira relação):_____

Dispauremia (dor ou desconforto durante o ato sexual)_____

Números de parceiros sexuais_____

Uso de preservativo_____

Caderneta de vacinação:_____

4. EXAME FÍSICO

Peso e altura:_____ **IMC:**_____ **PA:**_____

Pele e mucosas:_____

Ausculta cárdio pulmonar:_____

Inspeção, palpação, ausculta e percussão abdômen:_____

_____

Membros inferiores (edema, lesões, varizes etc, deformidades):_____

_____

ESPECIFICO (GINECO):

Exame Clínico das mamas (ECM):_____

Inspeção dos genitais ex_____

_____

Exame espetacular e toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico:

_____

_____

_____

_____

5. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

_____

_____

_____

6. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

_____

_____

_____

GERIR

GESTAÇÃO ATUAL

DUM: ____/____/____ DPP:

____/____/____ IG: _____ Gesta _____

Para _____

Nomes dos medicamentos usados na gestação:

_____

_____

A gestação foi desejada? ( ) Sim ( ) Não

FUMA: ( ) Sim ( ) Não (quantos/dia) _____

USA DROGAS: ( ) Sim ( ) Não

CONSOME BEBIDAS ALCOÓLICAS: ( ) Sim ( ) Não

Quais são os alimentos presentes na sua alimentação? (Desjejum, Almoço e Jantar):

_____

_____

Eliminação e excreção (quantas vezes/cor/odor/quantidade)

_____

Fezes (quantidade/características):

_____

Equilíbrio entre atividade e descanso (sono/repouso):

_____

Dorme quantas horas por dia? (São suficientes p/ repouso):

_____

Trabalha quantas horas por dia?

_____

Equilíbrio entre solidão e interação social:

_____

A gravidez interferiu no seu relacionamento com as demais pessoas?

_____

Você sente momentos de tristeza e/ou choro? Em que circunstância?

_____

EXAMES FÍSICO GERAL

PESO ATUAL: _____ PA:_____ T: _____ ºC

Estado nutricional da gestante:

_____

Inspeção da pele e das mucosas:

_____

Palpação da tireóideo:

_____

Ausculta cardiopulmonar:

_____

Exame do abdome:

_____

Exame dos membros inferiores:

_____

Pesquisa de edema (pé, tronco, membros):

_____

Exame das mamas:

_____

EXAMES SOLICITADO:

( ) HEMOGRAMA COMPLETO
( ) GRUPO SANGUÍNEO E FATOR Rh
( ) GLICEMIA EM JEJUM
( ) EXAME SUMÁRIO DE URINA
( ) TESTE DA MAMÃE
( ) ULTRA SOM
( ) EXAME CITOPATOLÓGICO
OUTROS:_____

_____

TCE 1256

S. E. S.
Fls: 1247
Rubrica

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO: GINECO-OBSTÉTRICO	
AVALIAÇÃO DA MEDIDA DE AU: _____ Calculo IG: _____ Ponto acima da curva superior ou abaixo da inferior: _____ Avaliar possibilidade de: ( )polidrâmia ( ) miomatose ( ) obesidade ( ) macrossomia ( ) gemelar ( ) mola hidafiforme Avaliar possibilidade de: ( ) feto morto ( ) oligodrâmia ( ) Crescimento intra- uterino restrito CIUR ASCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS: _____ AUMENTO TRANSITÓRIA DO BCF: Contração Uterina: ( ) Sim ( ) Não Movimento fetal: ( ) Sim ( ) Não Estimulo mecânico: ( ) Sim ( ) Não Manobras de Leopoldo (situação e apresentação do feto): _____	**Obs.:**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:	

Cronograma anual de atividades

Atividades	Sistematização da Assistência de Enfermagem 2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Criação Comissão pra implementação da Sistematização da Assistência na modalidade do Processo de Enfermagem												
Elaboração e refinamento de instrumentos de coleta de dados												
Formação da Equipe Estratégica												
Capacitação da equipe para utilização do Processo de Enfermagem												
implementação da Sistematização da Assistência na modalidade do Processo de Enfermagem												
Reunião da Equipe Estratégica												
Avaliação												

3.1.2 Sistema de Apoio

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: SADT**

No **HUTRIN** serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes atendidos em regime de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatorial.

O SADT dispõe de serviços de Imagiologia e Apoio diagnóstico: Radiologia convencional e Análises Clínica. O exame e o laudo técnico de Radiologia convencional será realizada pela Central Remota de Laudos.

Envolve os exames de patologia clínica, os exames de imagem e outros exames de apoio terapêutico.

A Divisão de Imagiologia está localizada no Lado D do Pronto Atendimento e possui 02 salas: sala de Rx com um aparelho fixo e um aparelho móvel.

O Insituto de Gestão em Saúde – GERIR irá fortalecer e aperfeiçoar o Apoio Diagnóstico e Terapêutico e definir os horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos.

Serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a todos os pacientes atendidos, mas com Classificação da Prioridade da Urgência estabelecida para o Pronto Atendimento, Internação e Ambulatório.

Os exames de maior complexidade e ou aqueles não disponíveis na unidade, por ventura necessários são integralmente de responsabilidade de encaminhamentos da equipe de gestora do hospital, passível de pactuações com as gerências regionais de saúde.

As principais atividades e etapas do processo de trabalho de responsabilidade da unidade neste nível são:

- Acolhimento do Paciente e Familiares/Acompanhantes;
- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Manutenção e Atualização do prontuário do Paciente;
- Entrega de Resultados, em formulário impresso e ou rede informatizada *(web based)*.

Ações Estratégicas:

Fortalecer e aperfeiçoar o Apoio Diagnóstico e Terapêutico próprio, renegociar os terceirizados e definir os horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos.

Serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a todos os pacientes atendidos, mas estabelecer a Classificação da Prioridade nos pontos de atenção, Pronto Atendimento, Internação e Ambulatório.

Abrangem a atividade de urgência: solicitações e entregas de exames de pacientes provenientes do pronto atendimento e clínicas de internação.

Abrangem a atividade programada: solicitações e entregas de exames de pacientes provenientes de ambulatório e triagem cirúrgica.

- **Serviço de Farmácia**

Apresentação

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas aos medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma determinada comunidade. Nesta a Farmácia Hospitalar é uma unidade de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa.

A principal razão de ser da Farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas.

Aporta, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento de medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, á atenção farmacêutica, e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de medicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação dos medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância.

É igualmente responsável pela orientação de pacientes internos e ambulatoriais, visando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

O fornecimento de medicamentos inclui:

- Conhecimento da dinâmica da demanda;
- Aquisição de medicamentos e matérias primas, produção e transformação de medicamentos;
- Sequência logística da administração, controle de estoques e relatórios gerenciais;
- Controle de qualidade;
- Sistema racional de distribuição de fármacos.

S. E. S
Fls: 1249
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Ações Estratégicas TC 1258

- Implantação da **Comissão de Farmácia e Terapêutica**
- Visando coordenar a formulação de diretrizes da **Assistência Farmacêutica** no **hospital** será implementada em um prazo de 60 dias, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, com aprovação de Regimento Interno.
- A Comissão deverá estudar reorientar e regulamentar a prescrição e a utilização dos medicamentos no Hospital.
- Reorientar a prática com a implantação do **Sistema de Dose Unitária**, com previsão de implantação em **03 meses**.
- Trabalhar ferramentas para a utilização de prescrição eletrônica objetivando sua implementação no primeiro semestre da parceria.
- Desenvolver o Sistema Eletrônico de Controle de Estoque em Farmácia.

Implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Missão, Organização e Composição da Comissão.

Sua missão compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, objetivando a todo o momento sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. O farmacêutico tem, portanto, uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

O Serviço de farmácia é o componente sistêmico da organização hospitalar onde é desenvolvida a assistência farmacêutica, que possui dois componentes básicos: o administrativo e o clínico.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica está diretamente subordinada à Diretoria Geral.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por membros, designados pelo Diretor Geral.

Atribuições Gerais

São atribuições gerais da Comissão:

- Assessorar a Direção Geral na formulação da política de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos;

- Organizar e manter atualizada a grade de medicamentos padronizados e correlatos a serem utilizados pelo Hospital, tendo em vista a eficiência terapêutica;
- Fomentar mudanças e reorientar a prática com a implantação do **Sistema de Dose Unitária;**
- Adotar medidas visando evitar a duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nome comercial diferente;
- Acompanhar estudos e pesquisas de medicamentos e correlatos, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico, emitindo parecer técnico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- Examinar e emitir parecer com referência a medicamentos e correlatos, no que diz respeito a propostas de: substituição ou eliminação da grade de medicamentos padronizados; novas aquisições;
- Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo: grade de medicamentos padronizados; dados farmacológicos e clínicos; reações adversas; ocorrências no emprego;
- Trabalhar métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de Alto Custo;
- Estruturar a implantação e a utilização de prescrição eletrônica;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre medicamentos e correlatos e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
- Emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da Comissão;
- Implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos medicamentos e correlatos;
- Recomendar e auxiliar na adoção e formulação de critérios para escolha, seleção, aquisição, uso e práticas corretas relativas aos medicamentos;

TCE 1259

S. E. S.
Fls: 1250
Rubrica

- Promover junto ao Corpo Clínico, ou por seu intermédio, a adoção de medidas relacionadas com a execução de normas indispensáveis para uso de medicamentos;
- Registrar e examinar as reações adversas causadas por medicamentos e propor medidas necessárias ao esclarecimento do pessoal auxiliar, bem como dos assuntos relacionados com o uso de medicamentos e outras substâncias;
- Emitir parecer de caráter técnico-científico em assuntos relacionados aos produtos farmacêuticos;
- Revisar frequentemente a grade de medicamentos padronizados a fim de manter sua atualização, propondo adição ou exclusão de medicamentos e/ou produtos;
- Estudar as solicitações de inclusão de novos medicamentos sugeridas pelo corpo clínico do hospital;
- Formular programas de esclarecimentos ao Corpo Técnico, para conhecimento do uso de novos produtos do Hospital.

Implantação do Sistema de Dose Unitária

O **Instituto** pretende implantar, 03 (três) meses após o inicio da parceria, o Sistema de **Dose Unitária**, que consiste no atendimento individualizado das prescrições, no qual a medicação é fornecida por um período, em geral, de 24 horas.

Neste sistema, o médico faz as prescrições; a enfermagem as encaminha à farmácia, que separa os medicamentos por paciente, para cada período (em geral de 24 horas) e os envia à unidade solicitante.

Distribuição de Medicamentos por dose unitária:

- Dispensar, a partir da interpretação da ordem médica por parte do farmacêutico, as doses de medicamentos necessárias para cada paciente, previamente preparada para que cubram um período determinado.

Estratégia de implantação:

- Organização do serviço de farmácia (compra de material, mobiliário, treinamento de pessoal);
- Elaboração de normas de funcionamento (cronograma de atendimentos, reenvase);
- Verificar as situações especiais: Quanto ao tipo de medicação, Medicações de urgência, Medicamentos de uso tópico, grandes volumes, Nutrição parenteral, citostáticos e outros medicamentos injetáveis, Entorpecentes e psicotrópicos;
- Aspectos funcionais: Prescrições "fora do horário", Acréscimos ou alterações;
- Reenvase de medicamentos: Cada embalagem deve conter uma quantidade de medicamento para ser tomada de uma só vez; Proporcionar uma adequada proteção do conteúdo junto aos agentes ambientais; Permitir uma fácil e completa identificação; Permitir administração diretamente do envase, sem necessidade de nenhuma manipulação.

Implantação da Prescrição Eletrônica

Na prescrição eletrônica, o profissional médico realiza as prescrições de medicamentos num sistema informatizado. Estes sistemas permitem acesso completo aos dados dos medicamentos, seja por nome comercial ou por princípio ativo, com objetivo de evitar erros na transcrição dos nomes de medicamentos e de interação medicamentosa. Cada prescrição efetuada dispara, automaticamente, os processos necessários para os setores relacionados, como, por exemplo, a farmácia, a enfermagem e o faturamento.

O sistema de prescrição eletrônica permita ao médico, enfermeiro e setor de farmácia acessar a prescrição de qualquer local do hospital, quando necessário. O sistema também permite recuperar e alterar a última prescrição digitada, assim como imprimi-las sempre que necessário.

No método eletrônico a enfermagem poderá visualizar a prescrição realizada, adicionar os horários e liberar o pedido de medicamento para a farmácia. A farmácia, ao receber o pedido, dispensaria os medicamentos às unidades de enfermagem. O serviço de nutrição também receberia o pedido de dieta, tão logo encerrada a prescrição.

Os benefícios dos sistemas de prescrição eletrônica são reconhecidamente superiores àqueles associados ao método tradicional de prescrição. A prescrição eletrônica oferece melhor e mais ágil canal de comunicação entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros, reduz os erros de medicação e transcrição, reduz os custos relacionados ao manuseio e arquivamento de papel e facilita a repetição das prescrições.

- **Desenvolvimento do Sistema Eletrônico de Controle de Estoque em Farmácia**

O **Instituto** vai desenvolver um *Software* para controle do fluxo do estoque com equipamentos de informática compatíveis.

Melhorias alcançadas com o **Sistema Eletrônico:**

•Maior facilidade de gerenciamento;
•Maior agilidade no processamento das compras;
•Maior confiabilidade nos resultados;
•Possibilidade de interpolação de dados;
•Diminuição do tempo gasto nos processos;
•Diminuição dos custos de aquisição/estocagem;
•Possibilidade de monitoramento da utilização dos produtos;
•Melhoria dos serviços prestados ao paciente;
•Farmacovigilância;
•Capacitação da equipe.

- **Descrição de Finalidade e Atribuições do Serviço de Farmácia**

O núcleo de farmácia funciona 24 horas e será responsável pelo planejamento, organização, execução e controle das atividades ligadas à seleção, aquisição, avaliação, recepção, armazenamento, conservação e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares. É o serviço responsável pelo planejamento, organização, execução e controle das atividades ligadas à aquisição, seleção, avaliação, recepção, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle de medicamentos.

Tem por objetivo garantir o abastecimento de medicamentos e materiais correlatos, oferecendo atendimento com eficiência, qualidade e rapidez, atendendo as necessidades da terapêutica e contribuindo para o processo de recuperação da saúde dos pacientes.

Atribuições Gerais da Farmácia Hospitalar

1. Administrar o estoque dos medicamentos de acordo com as necessidades do hospital, realizando aquisição / seleção de medicamentos a partir do consumo médio, do estoque mínimo e do ponto de ressuprimento;

2. Garantir que os medicamentos sejam distribuídos dentro da data de validade e que o local de armazenamento possua condições ideais de temperatura e umidade, de acordo com as Boas Práticas de Produção e Distribuição, visando a manutenção das naturezas físicas e bioquímicas de suas composições;

3. Realizar seleção e padronização de medicamentos;

4. Promover distribuição dos medicamentos de forma racional, adequada à estrutura do hospital;

5. Orientar as especialidades médicas quanto ao uso correto dos medicamentos e sua conservação;

7. Promover o ensino e capacitação dos funcionários para o trabalho em Farmácia Hospitalar;

Esses requisitos mínimos são indispensáveis para promover meios de pronto estabelecimento dos pacientes no hospital e para atender às exigências da legislação pertinente e do Código de Defesa do Consumidor, em seus artigos 6º e 8º:

Artigo 6º:

"*Todo consumidor tem direito a: Proteção à vida, saúde e segurança contra riscos provocados por práticas de fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos. A educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, assegurada a liberdade de escolha e igualdade nas contratações a informação adequada e clara sobre os diversos produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, característica, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem.*"

Artigo 8º:

(Capítulo IV, seção I – da proteção à saúde e segurança) "*Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde e segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis de sua natureza e função, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito.*"

S. E. S.
Fls: 1252
Rubrica

Composição e Atribuições dos Recursos Humanos

As funções e atribuições dos serviços e dos profissionais do setor também podem ser divididas em administrativas, técnicas e operacionais. Para o melhor desempenho do serviço, todos os funcionários, de acordo com o cargo que ocupam, devem estar orientados de suas atribuições. O estabelecimento destas atribuições permite ao gestor farmacêutico a definição dos cargos, a determinação do perfil e a seleção do funcionário mais adequado para o trabalho.

A)Atribuições: Chefe/ Serviço de Farmácia Hospitalar:

A.1) Administrativas:

- Organizar e controlar as atividades técnico-administrativas do serviço;
- Manter atualização das informações, da documentação e seu arquivamento;
- Confeccionar e manter atualização do memento terapêutico, do manual de normas e procedimentos operacionais e do manual de interações medicamentosas;
- Coordenar escala de férias, licenças e plantões dos funcionários em exercício no Serviço, bem como recomendar medidas disciplinares;
- Cumprir e fazer cumprir as ordens de acordo com a escala hierárquica, assim como as normas e diretrizes técnicas e administrativas;
- Avaliar o desempenho funcional de seus subordinados.

A.2) Operacionais:

- Controlar o estoque e fazer reposição dos medicamentos de acordo com consumo médio, o estoque de segurança e o ponto de ressuprimento, assim como fiscalizar a entrada / saída dos medicamentos e opinar quanto ao preço, qualidade e quantidade que deva permanecer em estoque;
- Assegurar atendimento adequado aos pacientes em relação à distribuição dos medicamentos;
- Promover reuniões de instrução, avaliação e coordenação de atividades;
- Orientar o responsável da guarda de medicamentos quanto à interdição de lotes e aos planos de recolhimento.

A.3) Técnicas:

- Responder pela aquisição, distribuição, qualidade e registro das substâncias controladas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medicamentos, Insumos, dietéticos e Correlatos;
- Estabelecer participação na Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- Estabelecer participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica a ser implementada;
- Atualizar e padronizar os medicamentos, bem como sugerir novos medicamentos, de acordo com as características do hospital, com vantagens técnicas e econômicas,
- Sugerir e promover medidas para redução do custo operacional;
- Cooperar com as especialidades no planejamento e execução de programas econômicos, técnicos e científicos.

B) Atribuições do Profissional Farmacêutico

B.1) Administrativas:

- Conhecer, interpretar e cumprir as exigências da legislação pertinente;
- Supervisionar processos de aquisição de produtos;
- Manter atualizada escrituração de manuais, formulários, bancos de dados e boletins de informação;
- Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e os procedimentos relativos aos aspectos operacionais da manipulação de formulações magistrais e oficinais.

B.2) Operacionais:

- Especificar, selecionar, inspecionar e armazenar criteriosamente as matérias primas e materiais de embalagens necessários ao preparo das formulações;
- Participar de estudos de farmacovigilância, tendo por base a análise de reações adversas e interações medicamentosas;
- Organizar e operacionalizar áreas de funcionamento da farmácia.

S. E. S.
Fls: 1253
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Nº 1262

B.3) Técnicas:

- Qualificar fornecedores pela exigência de certificados de Boas Práticas de Produção e assegurar recebimento dos certificados de análise emitidos pelos fornecedores;
- Avaliar prescrição médica quanto à adequação, concentração e compatibilidade físico-química dos componentes, dose e via de administração;
- Assegurar condições adequadas de manipulação, conservação, transporte, dispensação e avaliação final da formulação, visando evitar riscos;
- Determinar os prazos de validade de cada produto manipulado;
- Promover e registrar treinamento operacional, educação continuada, e participar dos processos de Educação Permanente para atualização dos profissionais envolvidos na manipulação. O conceito de garantia da qualidade e todas as medidas capazes de melhorar a compreensão e sua implementação devem ser amplamente discutidos durante as capacitações;
- Informar aos pacientes o modo de usar de cada medicamento, os riscos possíveis, os efeitos colaterais, as incompatibilidades física e química, as interações com medicamentos e alimentos e outras informações pertinentes à utilização correta dos produtos.

C)Atribuições dos Trabalhadores em Exercício no Serviço

C.1)Administrativas:

- Atender às solicitações de medicamentos (formulários próprios ou prescrições médicas) o mais rápido possível;
- Manter a chefia do serviço informada sobre qualquer irregularidade ocorrida no setor.

C.2)Operacionais:

- Manter organização e limpeza do setor de trabalho (organização física e atividades);
- Cumprir as diretrizes do manual de normas e procedimentos e as estabelecidas institucionalmente;
- Despachar os pacotes de medicamentos destinados a cada paciente, quando prontos e etiquetados.

C.3)Técnicas:

- Manipular e fracionar os medicamentos, após paramentação e limpeza adequada, observando com rigor as boas práticas de manipulação e as normas estabelecidas nos manuais de bancada, onde devem estar descritos os protocolos de manipulação.

➢ **Metodologia e Mecanismos de Controle**

- **Aspecto Logístico**

Gerenciar a compra, armazenamento e distribuição fornecendo mecanismos de controle sobre esta demanda.

- **Aspecto Técnico**

Gerenciar e caracterizar o uso e analise deste consumo junto à equipe multiprofissional.

- **Aspecto Contábil**

Controlar financeiramente o estoque promovendo a sua valoração e sua apropriação nas contas dos pacientes.

➢ **Levantamento dos Processos e Fluxos**

PROCESSOS

Processo 1: Distribuição de insumos farmacêuticos aos serviços de Apoio do Hospital.

Objetivo: Abastecer os setores disponibilizando os medicamentos e materiais a serem utilizados nos diversos procedimentos.

Subprocessos: Não tem.

Clientes

Pontos de Atenção, Apoio e Diagnóstico e Sistema Logístico.

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	**PROCESSOS E SUB-PROCESSOS**	**SAÍDAS**
Requisição pelo Sistema Eletrônico Requisição de materiais; Requisição de transferência; Relatórios de consumo do setor; Notificação de Receita.	Distribuição de insumos farmacêuticos aos serviços de apoio ao hospital.	Construção de Indicadores; Requisições de atendimento (Documento de movimentação do item); Requisição de materiais atendidas; Livro de registro de medicamento da Portaria 344/98.

S. E. S.
Fls: 1254
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

1263

Controles

Registros:

- Documento de movimentação do item;
- Requisições de materiais atendidas;
- Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98;
- Registro no Sistema Eletrônico.

Base Legal

- Lei Federal nº5991 de 17/12/73
- Lei Federal nº6360 de 23/09/76
- Lei Federal nº6437 de 20/08/77
- RDC nº306 de 07/12/2004
- RDC nº50 de 21/02/02
- RDC nº67 de 08/10/07

Processo 2: Suprimento de insumos farmacêuticos do Almoxarifado

Objetivo: Planejar e elaborar os pedidos mensais de medicamentos e correlatos para o abastecimento. Recebimento, guarda e conservação dos insumos.

Clientes

Setor de Farmácia, Abastecimento e Distribuição, Área Administrativa e Financeira.

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	**PROCESSOS E SUB-PROCESSOS**	**SAÍDAS**
Padronização/Seleção Programação de Inventário do Almoxarifado de Farmácia Solicitações dos setores do hospital; Requisições de Transferência de unidades da rede	Suprimento de insumos farmacêuticos do Almoxarifado Suprimento de insumos farmacêuticos pelo HUTRIN;	Requisições de Atendimento da GAD-SES (Documento de movimentação do item); Notas Fiscais; Requisições de Transferência; Construção de Indicadores; Relatórios de Controle e Estoque

Controles

Registros:

- Relatório de Pedido Mensal, Inventário;
- Notas Fiscais;
- Relatórios de Controle de Estoque;
- Requisições de Transferência
- Comunicações Internas de Compra;
- Registros do Sistema Eletrônico;
- Relatórios de Controle de CI.

Base Legal

- Lei Federal nº5991 de 17/12/73
- Lei Federal nº6360 de 23/09/76
- Lei Federal nº6437 de 20/08/77
- RDC nº306 de 07/12/2004
- RDC nº50 de 21/02/02
- RDC nº67 de 08/10/07
- Portaria nº344 de 12/05/08

Processo 3: Atendimento das prescrições médicas e requisições de material/medicamento de uso coletivo.

Objetivo: Fornecer a medicação para os pacientes internados para 24 horas, juntamente com todos os materiais aos postos de enfermagem.

Subprocessos: Não tem

Clientes

Pontos de Atenção.

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	**PROCESSOS E SUB-PROCESSOS**	**SAÍDAS**
Prescrições médicas Acréscimos de prescrições. Requisições de materiais;	Atendimento das prescrições médicas e requisições de material/medicamento de uso coletivo; Registro de medicamentos da Portaria 344/98	Construção de Indicadores; Kits de medicamentos e materiais individualizados; Prescrições médicas, acréscimos, requisições de materiais, atendidos. Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98.

S. E. S.
Fls: 1255
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TC 1264

Controles

Registros:

- Requisições de materiais atendidas;
- Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98;
- Prescrição médica;
- Acréscimo de prescrição.

Base Legal

- Lei Federal nº5991 de 17/12/73
- Lei Federal nº6360 de 23/09/76
- Lei Federal nº6437 de 20/08/77
- RDC nº306 de 07/12/2004
- RDC nº50 de 21/02/02
- RDC nº67 de 08/10/07
- Portaria nº344 de 12/05/08

- **Nutrição e Dietética:**

A Responsabilidade do serviço é a de produzir de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar e/ou recuperar a saúde de sua clientela, por meio do fornecimento de refeições, alimentos e orientações técnicas, embasando-se em aspectos técnicos, administrativos e científicos atualizados, efetuando o controle qualitativo e quantitativo em todas as etapas de produção da alimentação.

A nutrição é responsável pelo planejamento, preparação e distribuição das refeições normais, englobando os atendimentos relacionados aos pacientes e acompanhantes das unidades de Internação e ambulatórios e servidores.

A dietética é responsável pelo planejamento, preparo, e distribuição das refeições modificadas, dietas enterais e fórmulas pediátricas, bem como a Assistência Nutricional aos pacientes.

Proposta de Integração do Serviço de Nutrição e Dietética ao Atendimento Clínico

O Serviço de Nutrição e Dietética (SND) :

A Responsabilidade do serviço: produção de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar e/ou recuperar a saúde de sua clientela, por meio do fornecimento de refeições, alimentos e orientações técnicas, embasando-se em aspectos técnicos, administrativos e científicos atualizados, efetuando o controle qualitativo e quantitativo em todas as etapas de produção da alimentação.

Realizar atividades de ensino, participando e/ou desenvolvendo trabalhos de pesquisa nas diversas áreas de atuação dos profissionais.

São duas atuações:

Nutrição: responsável por todas as etapas do planejamento, preparação e distribuição das refeições normais, englobando os atendimentos relacionados às diversas clientelas:

► Pacientes e acompanhantes das Unidades de Internação e ambulatórios;

►Servidores.

Refeição
Café da manhã
Almoço
Jantar
Refeições Complementares
Ceia Noturna
Dietas Enterais
Fórmulas Pediátricas

Dietética: responsável por todas as etapas do planejamento, preparo, e distribuição das refeições modificadas, dietas enterais e fórmulas pediátricas, bem como a Assistência Nutricional aos pacientes, tendo como atividades:

►Promover a assistência nutricional aos pacientes, compreendendo desde a avaliação, diagnóstico, intervenção e orientação nutricional, até a coleta da prescrição médica, produção das dietas, dispensação e distribuição nas unidades de internação.

Fls: 1256
Rubrica

► Todas as atividades desenvolvidas visam proporcionar a satisfação das necessidades expressas ou implícitas da clientela, buscando a garantia da qualidade dos produtos finais, com segurança alimentar baseado em normas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

TC 1265

- **Sistemas de Informação:**

Aprimorar os Sistemas de Informação: Trabalho voltado ao faturamento e ao registro dos procedimentos hospitalares. Retroalimentação do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar.

Utilizar os Sistemas de Informações estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Traduzir os dados em informação clara e útil ao Conselho Estadual de Saúde.

Pactuar com a Gestão Estadual os procedimentos para disseminar informação aos meios de comunicação e ao público em geral.

Utilizar as informações geradas para fins de mudanças e corrigir distorções.

A presente proposta técnica apresenta um projeto que contempla a gestão da informação em todos os aspectos que a abrangem.

3.1.3 Sistema Logístico

- **Cartão de Identificação dos Usuários:** No SUS está representado pelo Cartão SUS.
- **Prontuário Eletrônico:** Documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde de usuários e seus familiares oportunamente registrados e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo. As informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devem ser todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento medico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Medico e Estatístico – SAME.

- **Organização do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos: Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME**

Apresentação

O Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos, denominado também como Serviço de Arquivo Médico e Estatística - **SAME** tem por finalidade a guarda e a preservação do prontuário médico (dados pessoais, história, evolução clínica, exames, radiografias etc.) e a elaboração de relatórios e boletins referentes ao movimento hospitalar.

É ainda responsabilidade do SAME arquivar o prontuário do paciente de forma ética, dentro das normas arquivísticas com observância do sigilo de informações, visando disponibilizá-lo de forma rápida quando solicitado, pelo próprio paciente, judicialmente ou aos profissionais de saúde para o desenvolvimento da assistência médica, ensino e pesquisa.

Este serviço funciona com duas unidades: Unidade de Arquivo de Prontuários Médicos e Unidade de Estatística.

Descrição de Finalidade e horários de atendimento do SAME

O SAME presta atendimento de segunda à sexta-feira, das 06 horas às 19 horas. Para desempenhar as funções necessárias ao atendimento com qualidade no **HUTRIN**, que tem demanda de urgência e emergência, o SAME deverá se preparar para trabalhar todos os dias da semana nas 24 horas.

O SAME terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

Para a Unidade de Arquivo de Prontuários a especificidade será: Arquivista.

Para a Unidade de Estatística a especificidade será: Estatístico e Epidemiologista.

Para o apoio: Auxiliares Administrativos

Atribuições Gerais do SAME

Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas ambulatoriais, internação, estudos, pesquisa, auditoria;

Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saírem de altas;

Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para consultas ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores do hospital;

Atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes e ou encaminhando para atendimento das informações solicitadas;
Arquivar e custodiar os prontuários de internações e ambulatoriais;
Manter o registro numérico nos prontuários médicos (sistema informatizado);
Receber, conferir e manter o censo diário atualizado;
Receber, controlar e resumir, diária ou mensalmente, as informações estatísticas de consultas externas (ambulatoriais) e dos serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalização;
Preparar os relatórios estatísticos mensais, trimestrais e anuais, de interesse do hospital;
Calcular os indicadores de saúde requeridos pelo **HUTRIN**;
Encaminhar ao setor de contas médicas os dados estatísticos, para efeito de apuração dos custos hospitalares;
Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela diretoria do **HUTRIN**.

Unidade de Arquivo de Prontuários Médico

A) Atividades

Retirada (e arquivamento) de prontuário para atendimento de ambulatório e/ou internação;
Manter sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente;
Revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
Selecionar prontuários para uso das comissões hospitalares;
Colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação, quando solicitado.

B) Setores da Unidade de Arquivo de Prontuários Médico

O Serviço de Arquivo Médico do HUTRIN tem a seguinte composição:

B.1) Setor de Expediente: responsável pelas rotinas administrativas do serviço, pelo atendimento das solicitações de relatórios médicos e outros, além do fornecimento de cópias de documentos do prontuário.

B.2) Seção de Registro: responsável pela matrícula e abertura dos prontuários de todos os pacientes a serem tratados pelo Hospital, sendo necessário para tanto a apresentação do impresso "Pedido de Caso Novo", devidamente preenchido com especialidade, data, assinatura e carimbo do profissional responsável pelo atendimento.

B.3) Seção de Arquivo de Prontuário Médico: é responsável pela manutenção e controle da movimentação de prontuários médicos, sendo que aqueles encaminhados para atendimento ambulatorial não poderão ser retidos pelo médico.

As pesquisas deverão ser realizadas na "Sala de Pesquisas", que deverá permanecer aberta diariamente das 08:00 horas às 17:00 horas, exceto sábados, domingos e feriados. Se o profissional necessitar retirar o prontuário da Seção de Arquivo Médico, deverá apresentar autorização, por escrito, do docente responsável.

B.4) Seção de Documentação de Prontuário Médico: responsável pela revisão quantitativa do prontuário, após o atendimento do paciente. As correções necessárias no preenchimento dos impressos obrigatórios serão cobradas, por escrito, do profissional responsável pelo atendimento.

B.5) Seção de Dados Médicos: responsável pela elaboração de demonstrativos estatísticos de atendimentos, codificação dos diagnósticos constantes nos prontuários médicos segundo CID-10 e fornecimento de levantamentos estatísticos e nosológicos aos Profissionais.

Descrição da Unidade de Estatística

Apresentação

É função da Unidade de Estatística elaborar a Estatística Administrativa e Nosológica do hospital, ressaltando que um Sistema Integrado de Gestão Hospitalar reúne as estatísticas referentes às atividades diárias preservando também a privacidade dos prontuários médicos.

A) Sistemática e Metodologia de Trabalho

Destina-se a organizar o funcionamento da unidade de estatística do HUTRIN, utilizando para tanto métodos estatísticos próprios para a área hospitalar e tem como principal objetivo cooperar no entendimento do funcionamento e características dos serviços prestados pelo hospital e as suas consequências.

Estatística Administrativa: Elabora os Indicadores hospitalares e outras estabelecidas pela Administração do Hospital.

S. E. S.
Fls: 1258
Rubrica

Estatística Nosológica: Refere-se às causas de morbidade e mortalidade das investigações classificadas de acordo com a Codificação Internacional de Doenças (CID- 10), contidos em nosso Sistema Integrado de Gestão Hospitalar.

- Será criado um manual de normas, serviços e rotinas, que visa o melhor aproveitamento dos recursos e dados existentes, bem como a implantação, coleta e gerência de novos dados.

A seguir o **Instituto GERIR** apresentará as técnicas necessárias à organização de um serviço de estatística hospitalar através da utilização das técnicas do controle estatística da qualidade, análise dos indicadores hospitalares, as fases do trabalho estatístico e demais ferramentas.

B) Finalidade

Fornecer dados para a avaliação da instituição e eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo, com qualidade e confiabilidade, atuando e auxiliando todas as áreas do HUTRIN.

C) Objetivo Geral

Investir na busca de parâmetros fidedignos que facilitem a tomada de decisão, o planejamento e a pesquisa cientifica sem esquecer seu papel de agente em saúde pública, com a Gestão do SUS e elemento de ligação ao sistema de informação em saúde.

D) Objetivos Específicos

Resgatar a importância do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) nas instituições de saúde;

Apresentar de maneira simples as noções necessárias à organização de um serviço de estatística hospitalar;

Facilitar a compreensão das circunstâncias que envolvem sua administração e interpretação de seus indicadores;

Contribuir com a pesquisa clínica;

Facilitar o registro das evoluções médicas;

Facilitar o registro das evoluções de enfermagem.

E) Composição da Unidade

Os hospitais em sua maioria não dispõem de pessoal qualificado para o desempenho das atividades estatísticas. Antes de planejar e organizar o serviço de estatística deve-se preparar o pessoal habilitado necessário ao seu funcionamento. Este preparo deve ser feito através de curso específico, com o objetivo de melhorar o aproveitamento dos recursos humanos que já fazem parte do quadro.

Além deste pessoal, o **Instituto GERIR** vai organizar a Unidade de Estatística com composição multidisciplinar e multiprofissional, de profissionais qualificados em Estatística e Epidemiologia.

F) Atribuições da Unidade de Estatística

Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários médicos dos pacientes egressos;

Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;

Codificar diagnósticos existentes no prontuário;

Manter índices de doenças (arquivo nosológico), segundo normas estabelecidas;

Processar informações coletadas e revisadas (censo diário de internação, agenda de consultas ambulatoriais) para o relatório mensal. Além do ambulatório, urgência e central de internações, também são obtidas informações de outros setores: radiologia, laboratório, enfermagem e serviço social;

Preparar relatório estatístico mensal e anual.

A Unidade funcionará nos turnos matutino (07h00min às 13h00min) e vespertino (13h00min às 19h00). Porém, a equipe de Enfermagem é responsável pela coleta dos mapas no período entre os expedientes para entrega ao setor no início das atividades diurnas.

Modernização do Serviço

Após levantamento inicial mais substanciado a modernização do serviço se dará através da implantação de sistemas gerenciais em saúde, inclusive através do Prontuário Eletrônico (PEP), conforme descrito em Ferramentas de Gestão da Organização, Organização de Serviços Assistenciais, Módulo: Prontuário Eletrônico.

S. E. S.
Fls: 1259
Rubrica
DE LICITAÇÃO
TC 1268

A modernização do serviço passará também pelos itens descritos em Modelo de Gerenciamento Eletrônico de Prontuários.

- **Regulação:** O Complexo Regulador é o centro de comunicação e ordenador da Rede de Urgência: Regulação Assistencial e estabelecimento de fluxos assistenciais.
- **Serviços de Esterilização:** O Hospital possui estrutura própria de Central de Material de Esterilização (CME), sendo de sua responsabilidade efetivar os meios para o seu bom funcionamento, cuidando sempre que haja material preparado em quantidade suficiente para a realização ininterrupta das atividades desenvolvidas na unidade hospitalar.

Proposta de Reorganização da Central de Material e Esterilização

Apresentação

A Central de Material e Esterilização – CME, sob Responsabilidade Técnica da Coordenação de Enfermagem, será a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos. Neste sentido, deverá funcionar em período de 24 horas.

A proposta econômica apresentará incremento de recursos financeiros para adequar materiais e insumos necessários, em quantidade e qualidade.

Portanto, todos os instrumentais cirúrgicos a serem utilizados nos procedimentos realizados na instituição, deverão ser esterilizados por este setor.

Processo de Limpeza: O processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de Artigos e/ou superfícies, deve ser realizado imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

Produtos:

• Sabão Neutro: facilita a retirada da sujidade seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujidade incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza.

• Sabão Enzimático: remoção de sujidade sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos.

• Desincrustante: proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vez por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

Desinfecção:

É o processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos Artigos (exceto os micro-organismos esporulados).

Tipo de Desinfecção:

• Baixo Nível: é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa micro-organismos resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;

* Álcool 70%: desinfecção por fricção manual por 30 segundos – *Baixo Nível.*

• Médio Nível (Intermediário): tem ação virucida, bactericida para forma vegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;

* Hipoclorito de sódio a 1%: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Médio Nível*;

• Alto Nível: destroem todas as bactérias vegetativas, microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos.

* Glutaraldeído: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Alto Nível*;

* Ácido Peracético: desinfecção em 10 minutos de imersão – *Alto Nível*;

Critérios de indicação para Desinfecção de Artigos: baseada na classificação de Artigos, segundo Spaulding, 1968:

• Artigos críticos: penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;

• Artigos semicríticos: destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);

• Artigos não críticos: Artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc.).

TC 1269

S. E. S.
Fls: 1960
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Esterilização:

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes.

Reprocessamento: É o método aplicado em Artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção, esterilização.

Caso se decida pelo reprocessamento devem ser observados os seguintes itens: manutenção das propriedades físico-químicas do Artigo em questão; compatibilidade entre o processo e o Artigo; identificação do Artigo que foi reprocessado; adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos.

Reesterilização: É o processo de Artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida;

Tipos de Esterilização:

• Esterilização Física / Autoclave: Processo de esterilização que utiliza altas temperaturas de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia.

Devem ser esterilizados por este processo todos os Artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: Artigos de borracha, tecidos, metais e vidros);

• Esterilização Química: É o processo de esterilização por meio de imersão dos Artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termo sensíveis.

Produtos: Ácido Peracético (1 hora);

• Esterilização Físico-Química / Óxido e Etileno: é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60ºC (ex: materiais termos sensíveis que não podem passar por esterilização química).

Reprocessamento de Artigos de Uso Único:

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos).

Os Artigos de uso único não são passíveis de reesterilização e, portanto sua reutilização é proibida (Resolução RDC nº 156/2006 e Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).

Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:

• As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;

• O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do Artigo;

• Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;

• Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:

• Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não armazená-los em baixo da pia e/ou locais úmidos;

• Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;

• Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;

• Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;

• Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc.);

• Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);

• Gazes estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas, podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;

• Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O_2);

S. E. S.
Fls: 1261
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;

• Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverá ser encaminhado ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);

• Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens; Se contaminados deverão ser desprezados;

• Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:

➢ Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);

➢ Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril (enfermeiro ou médico).

• Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado;

• Armazenar adequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsito de material estéril pelo hospital, quando buscá-los na CME;

• Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na CME o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso).

- **Gerenciamento de Resíduos**

Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS

Introdução

O gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – RSS é designado como o processo sistemático que envolve o planejamento, a implementação e a avaliação de medidas sanitárias específicas ao tipo de resíduos gerado. Contempla todas as etapas percorridas desde a sua geração até a disposição final, vigilância e controle, a fim de estabelecer rotinas seguras que garantam a proteção da saúde pública e do meio ambiente. O referido processo abrange o planejamento dos recursos físicos, materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos em todas as etapas relacionadas ao manejo dos RSS.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS se baseia nas características e na respectiva classificação dos resíduos gerados, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS. O PGRSS visa definir diretrizes capazes de sustentar e orientar os serviços de forma sistêmica, integrando diversas ações em prol do aprimoramento e da busca por excelência em gestão de resíduos de saúde.

A utilização do PGRSS sistematiza a implementação das fases de classificação, segregação, manuseio, acondicionamento, coleta e armazenamento dos resíduos sólidos. Ainda, descreve os insumos necessários à operacionalização, estabelece os respectivos fluxos operacionais e designa agentes responsáveis em cada etapa. A presente proposta de PGRSS é compatível com as orientações e regulamentações nacionais, estaduais e municipais, no que diz respeito à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos responsáveis por estas etapas.

A utilização deste plano se justifica na intenção de minimizar os riscos inerentes aos RSS, pois se baseia em uma visão pró-ativa para reduzir a geração de resíduos, principalmente àqueles que oferecem riscos à saúde humana, animal e meio ambiente. Ressalta-se que a padronização, pautada na legislação vigente, nas respectivas normas técnicas e nas atuais evidências científicas disponíveis, garante adequada capacitação de todos os agentes envolvidos e fornece respaldo ético legal às atividades referentes ao gerenciamento de RSS desenvolvidas na instituição.

O Instituto de Gestão em Saúde - GERIR acredita que o estabelecimento de normas e protocolos concorre não somente a fins burocráticos de licenciamento, mas principalmente, para adequada padronização das rotinas inerentes aos processos de cuidar em saúde. Dessa maneira, apresenta o PGRSS para assegurar que o manuseio e disposição final dos RSS gerados na instituição, sejam implementados com responsabilidade e segurança, além de se adequar à legislação vigente.

S. E. S.
Fls: 1262
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TC 1271

Objetivos

- Identificar os tipos de resíduos gerados por cada Setor;
- Agrupar as categorias de resíduos, em função dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, conforme propõe a Resolução RDC nº. 306, de 07 de dezembro de 2004;
- Propor estratégias de segregação dos RSS, na fonte de geração, de acordo com a classificação adotada;
- Minimizar a produção de resíduos, proporcionando aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos humanos e do meio ambiente;
- Padronizar as formas de acondicionamento dos RSS de acordo com suas características e as normas técnicas apresentadas pela Resolução nº 306, supracitada;
- Estabelecer critérios de Coleta e Transporte Interno dos Resíduos até o abrigo externo, de forma a garantir a movimentação planejada dos RSS nas áreas de circulação do estabelecimento de saúde;
- Definir o processo de Tratamento Prévio dos resíduos infectantes, de forma a controlar os riscos e facilitar o gerenciamento externo e interno dos RSS;
- Proporcionar adequado Armazenamento dos RSS até a Coleta Externa;
- Determinar normas e rotinas para adequado gerenciamento dos resíduos destinados à reciclagem;
- Estabelecer medidas de prevenção à saúde ocupacional;
- Minimizar os riscos associados às atividades do serviço de saúde;
- Melhorar as medidas de segurança e higiene no trabalho;
- Reduzir a quantidade e gerenciar adequadamente os resíduos perigosos;
- Ampliar a coleta de resíduos recicláveis;
- Cumprir a legislação vigente;
- Conscientizar o profissional sobre a importância do destino correto dos resíduos.

Classificação

De acordo com a Resolução RDC nº. 306, de 07 de dezembro de 2004, os RSS são classificados em cinco grupos principais:

Grupo A (Resíduos Potencialmente Infectantes): resíduos com a possível presença de agentes biológicos que podem apresentar risco de infecção (ex.: culturas, carcaças, órgãos, bolsas de sangue, peças anatômicas, kits de hemodiálise, etc.).

Grupo B (Resíduos Químicos): resíduos contendo substâncias químicas que oferecem riscos à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade (ex.: medicamentos vencidos, produtos hormonais, antimicrobianos, digitálicos, desinfetantes, reagentes de laboratório, reveladores e fixadores, etc.).

Grupo C (Resíduos Radioativos): quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista (ex.: materiais de serviços de medicina nuclear e radioterapia). Estes resíduos não são gerados na instituição.

Grupo D (Resíduos Comuns): resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (ex.: lixo de banheiro, papéis, impressos, etc.).

Grupo E (Resíduos Perfurocortantes): são os resíduos perfurocortantes ou escarificantes (ex.: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, partes ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar, lancetas, ampolas de vidro, brocas, lâminas de bisturi, agulhas, etc.) **Minimização de resíduos**

O Instituto de Gestão em saúde adotará uma política institucional de minimização da produção de resíduos. Essa iniciativa se dará por meio da estratégia reduzir, reutilizar e reciclar (3R's), que objetiva produzir importantes modificações nas formas de se planejar e prestar o cuidado, pela adoção de práticas que visam proteger a saúde humana e ambiental.

IG 1272

S. E. S.
Fls: 1263
Rubrica

Segregação, acondicionamento e identificação

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos. O acondicionamento é o ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. A identificação consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos mesmos.

Independente do porte dos resíduos, **a segregação será realizada no local de geração**. Para tanto, em cada uma das salas onde se realize assistência à saúde, estarão disponíveis recipientes identificados, para receber separadamente cada tipo de resíduo gerado e com capacidade volumétrica mínima para acumular o lixo gerado em um período de pelo menos quatro horas. Estes recipientes serão guarnecidos internamente por sacos plásticos que atendam às normas NBR-9.190, NBR- 9.191 da ABNT e Resolução 275/01 do CONAMA e todas as identificações deverão estar de acordo com a NBR-7500 da ABNT. Para execução dessas etapas serão observadas as seguintes disposições:

Grupo A - Resíduos Potencialmente Infectantes: Todos os resíduos deste Grupo serão acondicionados em recipientes de cor branca, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistente ao tombamento, de acordo com as especificidades de cada subgrupo.

Grupo A1: Os resíduos provenientes do laboratório e sala de vacinação serão acondicionados em sacos para autoclave e submetidos a tratamento por autoclavação, conforme protocolo interno, para redução da carga microbiana/descontaminação. Após esse processo, os sacos contendo os resíduos serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

Caso haja geração de resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, os mesmos serão submetidos ao mesmo protocolo de tratamento acima citado.

Grupo A3: As peças anatômicas serão registrados e encaminhados para o necrotério acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS" guarnecidos internamente por sacos vermelhos, identificados pelo símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS".

A4: Os resíduos do Grupo4 dispensam tratamento prévio à disposição final. Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

A5: Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", exclusivos para esses resíduos, guarnecidos internamente por dois sacos de cor vermelha, que serão substituídos após cada procedimento, identificados pelo símbolo de substância infectante, de acordo com a NBR-7500 da ABNT e encaminhados para o sistema de incineração, conforme RDC ANVISA nº 305/2002.

Grupo B - resíduos químicos: Serão acondicionados em recipientes de cor azul, de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Grupo D - Resíduos comuns: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistente ao tombamento guarnecidos internamente por sacos plásticos de cor azul.

D1: Serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços de limpeza urbana do município, em recipientes identificados com a inscrição "COMUM".

D2: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo:

Azul: papéis

Amarelo: metais

Verde: vidros

Vermelho: plástico

Marrom: resíduos orgânicos

Cinza: Não recicláveis

** Serão disponibilizados recipientes para coleta seletiva de resíduos recicláveis em pontos estratégicos de cada setor, de acordo com a demanda e tipo de resíduo gerado.*

Grupo E – Resíduos Perfurocortantes: Serão descartados separadamente, nos respectivos locais de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em caixas de material rígido, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados com o símbolo internacional de risco biológico acrescido da inscrição "PERFUROCORTANTE", e os riscos adicionais, quando pertinente, conforme NBR 13853/97 da ABNT.

As agulhas descartáveis serão desprezadas juntamente com as seringas, sendo PROIBIDO o reencape ou desconexão manual. As etapas seguintes do gerenciamento destes resíduos serão realizadas nos mesmos recipientes utilizados para o grupo A.

Os resíduos do Grupo E contaminados com agente biológico Classe de Risco 4 (conforme ANVISA, Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, apêndice II), micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, serão submetidos ao mesmo tratamento descrito para o Grupo A1. Os resíduos contaminados com radionuclídeos serão submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou.

Fechamento dos Sacos

Os sacos de coleta de lixo deverão ser fechados quando estiverem com, no máximo, 2/3 de sua capacidade ocupada, sendo obrigatoriamente o seu fechamento por nó, para máxima segurança, garantindo a impossibilidade de sua abertura. Tal procedimento será efetuado pelo profissional do Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar.

Os recipientes para descarte de materiais perfurocortantes serão fechadas pelo Serviço de Enfermagem, quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo PROIBIDO o esvaziamento para reaproveitamento.

Coleta e transporte interno

O **Transporte Interno** consiste no translado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Este transporte tem como objetivo a coleta planejada dos RSS nas áreas do serviço, sem oferecer riscos à saúde dos servidores e da população.

A **Coleta** será realizada por funcionários do Setor de Higienização e Limpeza devidamente treinados. Serão preconizadas visitas e fiscalização contínua nos setores do serviço, principalmente nas enfermarias, para não haver, sob qualquer alegação, acúmulo de lixo nos cestos.

Grupo A3: Serão coletados de acordo com a demanda. Após a coleta dos cestos, os resíduos serão transportados em carros conforme especificações: tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido com cantos arredondados e dotados de tampas com sistema de abertura sem contato manual.

O transporte interno de resíduos será realizado de acordo com o fluxo definido pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Higienização e Limpeza.

Serão padronizados, para o transporte, recipientes separados e identificados de acordo com o tipo de resíduo a ser transportado:

Grupo A: resíduo potencialmente infectante – carro branco com símbolo de identificação para resíduo infectante;

Grupo B: resíduo químico – carro branco com símbolo de identificação para resíduo químico;

Grupo D: resíduo comum – carro marrom;

TC 1274

S.E.S. Fls: 1065 6 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Tratamento prévio

Consiste na aplicação de métodos, técnicas ou processos que modifiquem as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. Apenas os resíduos do Grupo A1 e do Grupo A5 (caso gerados), receberão tratamento prévio.

Armazenamento externo

O Armazenamento Externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para os veículos coletores.

Os resíduos do Grupo A – A3, receberão o seguinte tratamento:

- Os restos cirúrgicos: serão formalizados, acondicionados em saco branco leitoso, encaminhados ao necrotério, ficando em observação por 24 a 72 horas, sendo, posteriormente, conduzidos para sepultamento;
- Membros amputados: serão ensacados em 02 sacos brancos leitosos e colocados em caixa de papelão lacrada, encaminhado para sepultamento, após 24 horas, com formulário preenchido pelo servidor em 2 vias (uma via será entregue ao cemitério e a outra será arquivada no livro de óbitos da instituição);
- Peças anatomopatológicas: são encaminhadas para laboratório terceirizado, que realiza o tratamento das mesmas de acordo com seu próprio plano de gerenciamento. As lâminas serão arquivadas por 05 anos. Após este prazo serão autoclavadas e reutilizadas.

Os Resíduos Recicláveis Grupo D - D2 serão armazenados em depósito apropriado até serem revendido.

Coleta e transporte externo

A **Coleta** e o **Transporte Externo** consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos Grupos A, B e E são realizados por empresa especializada.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos do Grupo D, não recicláveis, é realizada pelo serviço de coleta do município.

A Coleta é realizada em horários pré-definidos para cada tipo de resíduos, sendo:

- Grupos A, B e E: realizada a cada dois dias, de segunda à sábado, às 10:00h;
- Grupo D – Resíduo Comum: realizado às terças-feiras, quintas-feiras e sábados, às 22:00h.

DISPOSIÇÃO FINAL

A disposição final consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/97.

Educação continuada, saúde e segurança do trabalhador

Serão desenvolvidos e implantados programas de capacitação abrangendo todos os setores envolvidos na geração e/ou no manuseio de RSS, em consonância com as normas e legislações vigentes.

O pessoal diretamente envolvido com o gerenciamento de resíduos será capacitado na ocasião de admissão e mantido sob educação permanente, abordando as boas práticas, os requisitos regulamentares e a utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva adequados, as estratégias de minimização da produção de resíduos, segregação, rotulagem, armazenamento, transporte e eliminação; e primeiros socorros. Os programas de educação e formação serão avaliados e atualizados numa base regular, de forma a assegurar a sua relevância e aceitação junto aos profissionais.

Na admissão de funcionários, e em casos específicos, será exigido comprovação de situação vacinal, por meio do cartão de vacina, e controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta sorológica, o qual será analisado pelo SESMT se em conformidade com o calendário do Programa Nacional de Imunização - PNI - vigente. Caso detectado inconformidade, o trabalhador será encaminhado para que sejam realizados os procedimentos adequados.

Fl. 1275

Todos os funcionários, mesmo aqueles das empresas contratadas serão submetidos a exames médicos conforme estabelecido no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO da Portaria 3214 do MTE. As empresas contratadas serão orientadas a manter cadastro atualizado das condições de saúde dos funcionários, o qual poderá, a qualquer momento, ser solicitado pela instituição.

A responsabilidade de fornecer e supervisionar a adequada utilização dos equipamentos de proteção por parte dos funcionários envolvidos com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento e armazenamento dos resíduos, fica a cargo da empresa contratada.

Os servidores do setor de Higienização e Limpeza utilizarão obrigatoriamente os seguintes Equipamentos de Proteção Individual – EPI´s, de acordo com a necessidade:

Luvas: de PVC, impermeáveis, resistentes, antiderrapantes, de cano longo e/ou luvas de borrachas, mais flexíveis, com as demais características anteriores;

Botas: de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, com cano 3/4 isolado e solado;

Máscaras: respiratórias, tipo semi-facial e impermeável;

Óculos: lente panorâmica, incolor, de plástico resistente, com armação flexível, proteção lateral e válvulas para ventilação.

Controle integrado de insetos e roedores

Em parceria com a CCIH, será elaborado e mantido um programa de controle de animais sinantrópicos, que inclua:

Medidas preventivas

Manutenção dos princípios de higiene e limpeza, acondicionamento adequado de alimentos, lixo e materiais inservíveis, vistoria da entrada de gêneros alimentícios, instalação de telas nas janelas e entradas da rede pluvial e/ou esgoto, instalação de ralos com tampas escamoteáveis, remoção de entulhos e adequada manutenção da vegetação. Inspeção, bimestral em áreas críticas e trimestral nas não-críticas, com o intuito de detectar sinais de infestação.

Medidas corretivas

A desinsetização e a desratização, realizadas por serviço terceirizado, só serão realizadas em casos de infestação detectada. Nestes casos será gerado um relatório dos procedimentos adotados e dos produtos químicos (grupo químico, formulação, ingrediente ativo e quantidade) utilizados nos diferentes ambientes.

Rotinas e processos de higienização e limpeza

As rotinas e processos de higienização e limpeza constituem elementos essenciais para a adequada manutenção dos serviços de saúde, pois visam, além de contribuir para a prevenção e o controle da disseminação de micro-organismos, a saúde e o bem-estar de usuários e profissionais.

Para garantir a qualidade da higienização e limpeza na instituição, esses processos serão realizados por serviço terceirizado, especializado em higienização e limpeza de serviços de saúde, em processo de contratação, e estarão descritas em protocolos específicos. A avaliação dos processos de higienização e limpeza será baseada em literatura específica (BRASIL, 2010).

Controle de qualidade da água e do ar

A água utilizada na instituição provém da rede pública. Para que seja garantida a qualidade da água distribuída na instituição, a limpeza da caixa d'água será realizada por serviço terceirizado especializado, ainda em processo de contratação, periodicamente, a cada seis meses, momento no qual também se procederá a análise da água, e todo processo será devidamente documentado.

A qualidade do ar será garantida por meio de medidas que previnam a formação e a entrada de poluentes, tais como poeira e fumaça. Além disso, os de refrigeradores de ar, responsáveis pela climatização de vários ambientes, receberão manutenção periódica, com limpeza e troca de filtros, realizadas por serviço terceirizado, em processo de contratação.

Situações de emergência e acidentes

As situações de emergência envolvendo RSS são, majoritariamente, passíveis de prevenção através da observação às normas e adoção de condutas seguras. Embora preveníveis, algumas situações são recorrentes nos serviços de saúde, tais como o derramamento de resíduos, quebra de recipientes e acidentes envolvendo resíduos do Grupo A.

S.E.S. Fls: 1267 Rubrica

Nos casos de derramamento de resíduos e/ou quebra de recipientes sem comprometimento à saúde do trabalhador, os responsáveis pela situação deverão ser tomadas as devidas providências para que o novo acondicionamento seja realizado com agilidade e da maneira mais segura possível, impreterivelmente com o uso equipamentos de proteção e o auxílio de ferramentas que evitem o contato direto do trabalhador com os resíduos. Quando ocorrerem acidentes que possam comprometer a saúde do trabalhador, este deverá seguir o Protocolo de Atendimento a Acidentes com Exposição a Materiais Biológicos, elaborado pelo SESMT e CCIH.

Avaliação e acompanhamento do PGRSS

Serão desenvolvidos instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, auto-explicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação será realizada levando-se em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante;
- Variação da geração de resíduos;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E;
- Variação do percentual de reciclagem.

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. F. S. **Infecção hospitalar:** enciclopédia da saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. v. 1.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº. 306, de 07 de dezembro de 2004:** regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **RDC nº. 33, de 25 de fevereiro de 2003:** regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002:** regulamento técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **RDC nº. 344, de 12 de maio de 1998:** regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especiais. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MARTINS, M. A. **Manual de infecção hospitalar:** epidemiologia, prevenção e controle. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. **Resolução nº. 283, de 12 de junho de 2001.** Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res01/res28301.html>. Acesso em: 22 dez. 2011.

_____. Resolução nº. 275, de 25 de abril de 2001: código de cores e identificação para resíduos recicláveis. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res01/res27501.html>. Acesso em: 22 dez. 2011.

S.E.S. Fls: 1268 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- **Hotelaria e Lavanderia Hospitalar:** A equipe gestora deve viabilizar seu adequado funcionamento, que inclui todas as etapas de cuidado com o enxoval: recebimento, separação e pesagem da roupa suja, desinfecção, lavagem, secagem, separação e estocagem, identificação ("silkagem") de peças, distribuição do enxoval limpo, realização de reparos, e reposição de peças quando necessário.

O processo de separação e pesagem da roupa suja deve ser realizado na própria unidade hospitalar, por equipe própria ou, em caso de processo terceirizado, acompanhado e validado por responsável da unidade de saúde.

Ações Estratégicas:

Fortalecer e humanizar a área implantando o Serviço de Camareiras, a substituição e ou reposição do enxoval, com ênfase para a execução das seguintes atividades:

- Fornecimento, reposição, desinfecção e higienização de roupas (enxoval completo da hotelaria hospitalar e cirúrgica), conforme normas do Ministério da Saúde de acordo com as necessidades e demandas do hospital, respeitando os fluxogramas e seguindo a engenharia clínica;
- Substituição do enxoval quando vencer a periodicidade do mesmo e ser constituído de tecido de poliéster ou algodão na cor branca de acordo com a padronização da ABNT e fornecimento de cobertores de tecidos laváveis tipo algodão.
- Apresentação de enxoval identificado e constituído das seguintes peças:

a) Lençol para cama com elástico adulto e infantil;

b) Sobre lençol adulto e infantil;

c) Lençol para repouso funcional;

d) Roupa para paciente adulto e infantil;

e) Roupa de acompanhante de pacientes adulto e infantil;

f) Camisolas cirúrgicas;

g) Capotes cirúrgicos;

h) Roupa privativa para os setores fechados;

i)Toalha de banho para pacientes, acompanhantes e funcionários dos setores fechados;

j) Lençol para divã com elástico;

k) Fronhas;

l) Saco de hampers identificados por setores hospitalares;

m) Capa para biombos;

n) Propé;

o) Campos cirúrgicos e suas especificações;

p) Cobertores.

- Gerenciamento e Operacionalização de todo o Serviço de HOSPITALIDADE de Camareiras, contemplando a distribuição e reposição de todo o enxoval hospitalar e cirúrgico; distribuição e reposição das roupas hospitalares de leitos e cirúrgicas, desenvolvendo ações integradas de pesquisa, educação, prevenção e promoção da saúde dos usuários;
- Realização de Capacitação e Treinamentos Periódicos necessários;
- Desenvolvimento de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas.

- **Higiene e Limpeza:** Constitui um dos principais elementos relacionados à segurança do ambiente, contribuindo para a prevenção e controle de infecções e melhorando a qualidade do ambiente.

Classificação de superfícies segundo o risco potencial de transmissão de infecções:

- Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área: Centro Cirúrgico (CC), Laboratório de Análises Clínicas, Central de Material e Esterilização (CME), Lactário, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Farmácia e Área suja da Lavanderia;
- Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores;

S.E.S. Fls: 1269 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Áreas não-críticas: são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria.

Apesar de questionada, essa classificação pode nortear o líder, supervisor ou encarregado do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde na divisão de atividades, dimensionamento de equipamentos, profissionais e materiais.

Procedimento de limpeza

A limpeza é feita apenas com água e sabão usando-se, inicialmente, o pano úmido (varredura úmida), para recolhimento de resíduos, seguindo de limpeza com água e sabão, retirando toda a sujidade, e enxágue. Utilizar sempre dois baldes, de cores diferentes.

Regras Básicas:

- Paredes: de cima para baixo;
- Tetos: utilizar uma direção única, iniciando do fundo da sala para a saída;
- Piso: limpar em sentido único, evitando o vaivém, iniciando do fundo para a porta de saída;
- Piso de corredores, escadas e hall: sinalizar a área, dividindo-a em 2 faixas, possibilitando o trânsito em uma delas;
- Usar sempre dois baldes: um com água, outro com água e sabão líquido;
- Ao proceder a limpeza evitar derramar água no chão;
- Usar sempre panos limpos;
- Usar sempre panos diferenciados para móveis, paredes, chão, pias e vasos sanitários;
- Manter os equipamentos de limpeza limpos e secos;
- Comunicar a chefia imediata sempre que houver estragos nos móveis e equipamentos;
- Zelar pela manutenção dos móveis e equipamentos;

• Usar Equipamentos de Proteção Individual: luvas de borracha grossas e longas, botas de borracha, avental impermeável, quando necessário;

• Nunca varrer superfícies a seco, evitando assim a dispersão de micro-organismos e partículas de pó;

• Utilizar luvas de borracha de cores diferenciadas para a limpeza, por exemplo, de pisos e banheiros / camas, berços e bancadas;

• Usar panos de limpeza diferenciados para banheiros;

• Não colocar panos e ou tapetes nas portas dos ambientes do hospital.

Limpeza Diária:

- Fazer a limpeza das salas olhando parede, piso e teto;
- Limpar os ventiladores sempre que necessário;
- Recolher os lixos a cada três horas;
- Sempre fazer o uso de desinfetante no laboratório;
- Sempre que terminar a transfusão o funcionário terá que fazer uma boa limpeza na sala;
- Não deixar acumular lixo na entrada do laboratório.

Limpeza Pesada:

- Lavar as paredes;
- Piso e teto;
- Pias e vasos;
- Lavar o rodapé todos os finais de semana;
- Lavar o piso com máquina;
- Não jogar água de uma sala para outra evitando assim a contaminação.

Processamento de equipamentos e superfícies

Desinfecção em local com respingos ou deposição de matéria orgânica (sangue e/ou hemoderivados):

- Utilizar luvas de autoproteção (látex);
- Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente;
- Desprezar o papel em saco de lixo;

S.E.S
Fls: 1270
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Aplicar o desinfetante e deixar o tempo necessário – 10 min;
- Remover o desinfetante com pano molhado;
- Proceder à limpeza com água e sabão;
- Enxaguar e secar o local.

1279

- Descontaminação:

- Utilizar luvas de autoproteção (látex);
- Aplicar o produto *PADRONIZADO* sobre a matéria orgânica;
- *Aguardar o tempo de ação – 10 min;*
- *Remover* o conteúdo descontaminado com papel absorvente;
- Desprezar o lixo;
- Proceder à limpeza usual com água e sabão.

Observação: No final de cada processo, lavar luvas, avental plástico, pano de chão, escovas e baldes.

Desinfetantes:

Desinfetante de Alto Nível:

- Ácido Peracético: indicado para limpeza e desinfecção de artigos críticos, semicríticos e não críticos. Pode ser usados em mascaras de inalação, respiradores, cânulas, cateteres, desinfecção de artigos termossensíveis e de moldagens, bem como superfícies fixas.

Efetivo contra fungos, esporos, vírus e bactérias, inclusive micobactérias.

Desinfetante de nível intermediário:

- Álcool etílico a 70%: 03 aplicações consecutivas com fricção rigorosa e secagem natural. Indicado para desinfecção em metais, vidros e mármores;
- Hipoclorito de Sódio a 1%: imersão por 30 min em vasilhame opaco, com tampa e posterior enxágue em água potável ou corrente (troca da solução a cada12hs). Indicado para desinfecção em plásticos, borrachas e acrílicos.

Solução descontaminante:

- Detergente enzimático: ação sobre matéria orgânica, especialmente sobre as grandes;
  estruturas, decompondo-as;
- Ação instantânea: 2 a 3 minutos para desprender a matéria orgânica;
- Alta penetração;
- Atóxico, não corrosivo, pH neutro, não iônico;
- Remoção com enxágue rigoroso. Desinfetante de nível intermediário:

Cronograma de limpeza e desinfecção

Limpeza e desinfecção de equipamentos e superfícies

Material/Equipamento	Produto	Método	Frequência
Almotolias	Detergente Enzimático Hipoclorito 1% ou ácido peracético	Realizar limpeza com solução de detergente enzimático (5 a 15 min) e desinfecção com hipoclorito 1 % (imersão 30 minutos), após enxague e secagem.	A cada 7 dias
Balcões/ Bancadas	Álcool 70%	Fricção 3 x a operação	2 x ao dia. A cada turno
Telefone	Álcool 70 %	Fricção 3x	Diário

- **Sistema de Transporte Sanitário:** envolve o transporte de urgência e emergência; para procedimentos eletivos, o transporte de exames e o transporte de resíduos sólidos.

3.1.4 Sistema de Governança

Arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes da rede. Gera um excedente cooperativo entre os atores sociais. É diferente das gerencias dos pontos de atenção.

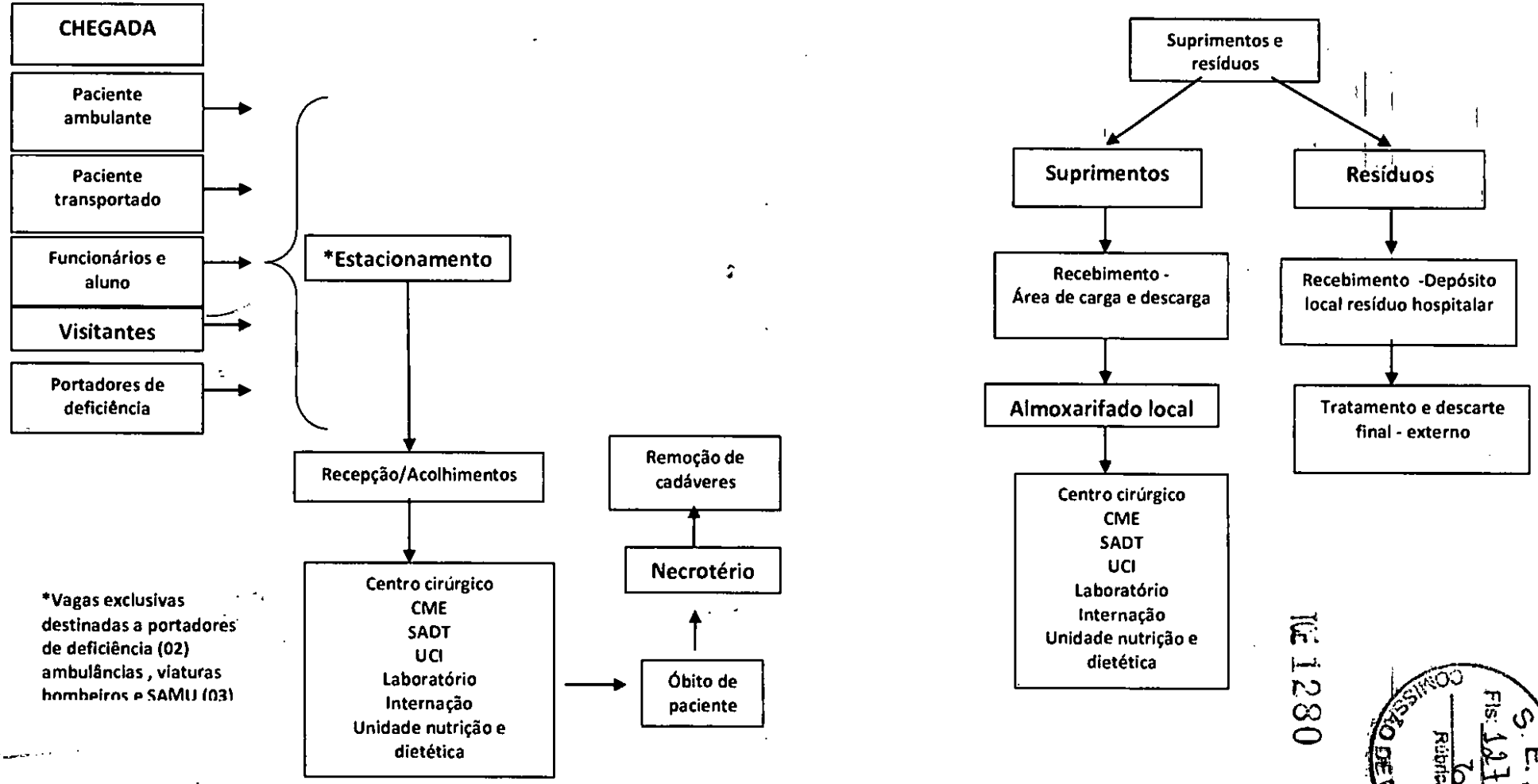
O Instituto GERIR pretende trabalhar com este foco na articulação com os gestores de saúde, através da Diretoria Colegiada e Conselho Gestor em articulação com a Gerência Regional de Saúde.

3.2 Implantação de Fluxos e Gestão de Processos

3.2.1 Fluxos Operacionais

3.2.1.1 Fluxo Operacional para Circulação em áreas restritas

FLUXOGRAMA PARA CIRCULAÇÃO EXTERNA E INTERNA DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

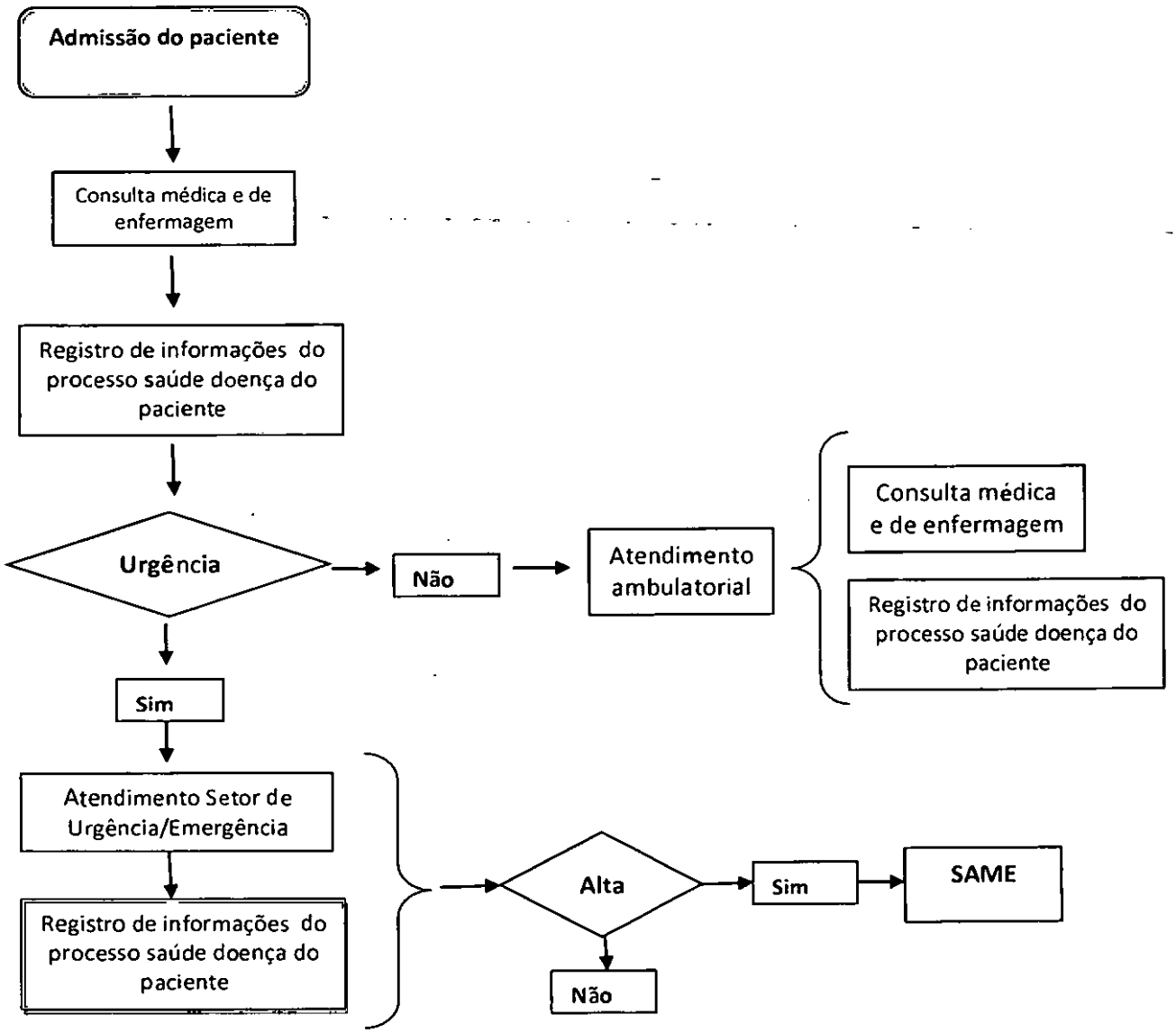


Fls: 1280

S.E.S. Fls: 1271 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

3.2.1.2 Fluxo para Registro de Documentos

FLUXO PARA REGISTROS DE DOCUMENTOS DE USUÁRIOS

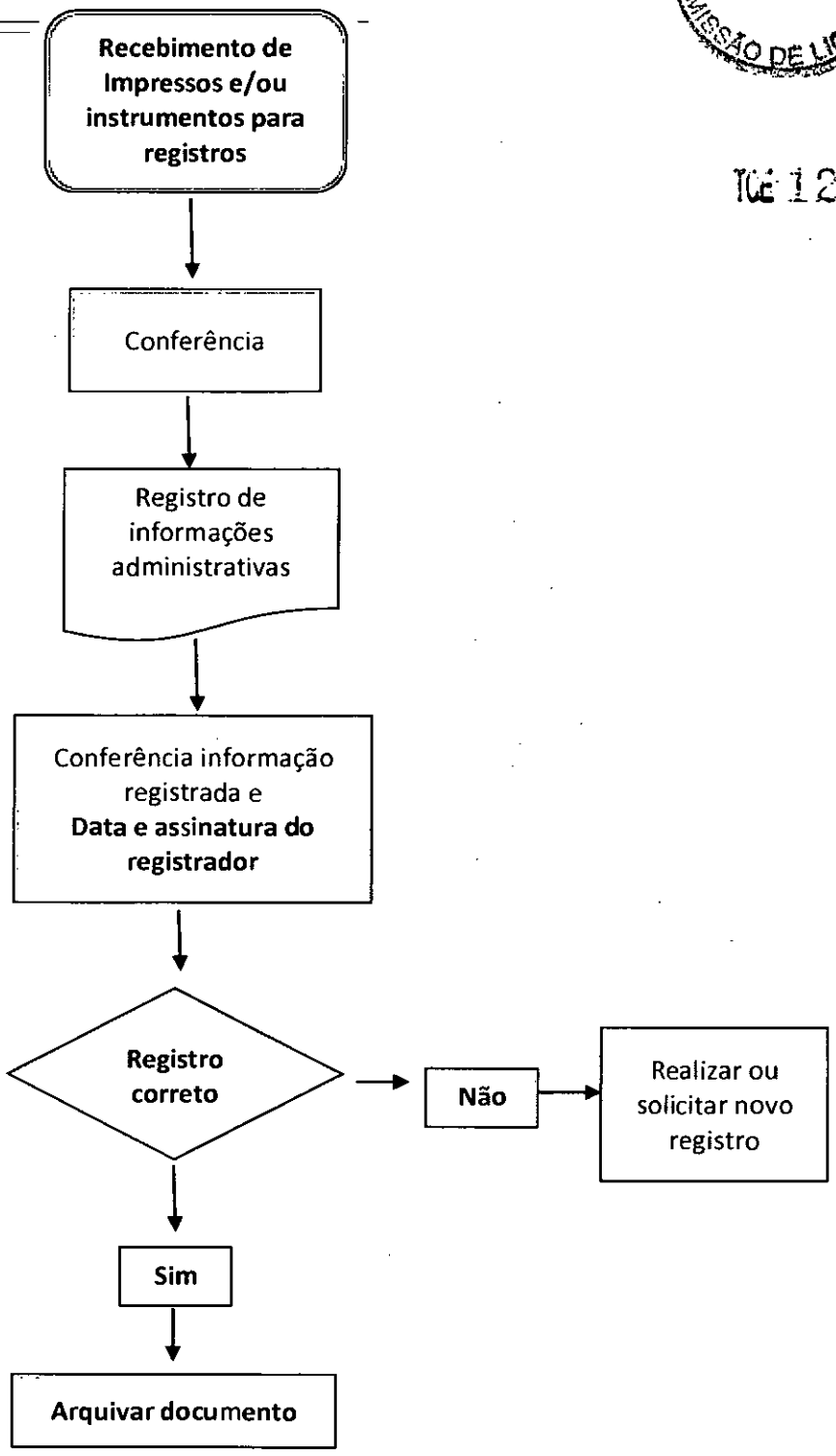


GERIR

S. E. S.
Fls: 1272
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

1281

FLUXO PARA REGISTROS DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS



3.2.1.3 Fluxo para Materiais Esterilizados

Dinâmica e Fluxo na Central de Material e Esterilização:

A dinâmica de trabalho na CME deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de Artigos, evitando o cruzamento de Artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

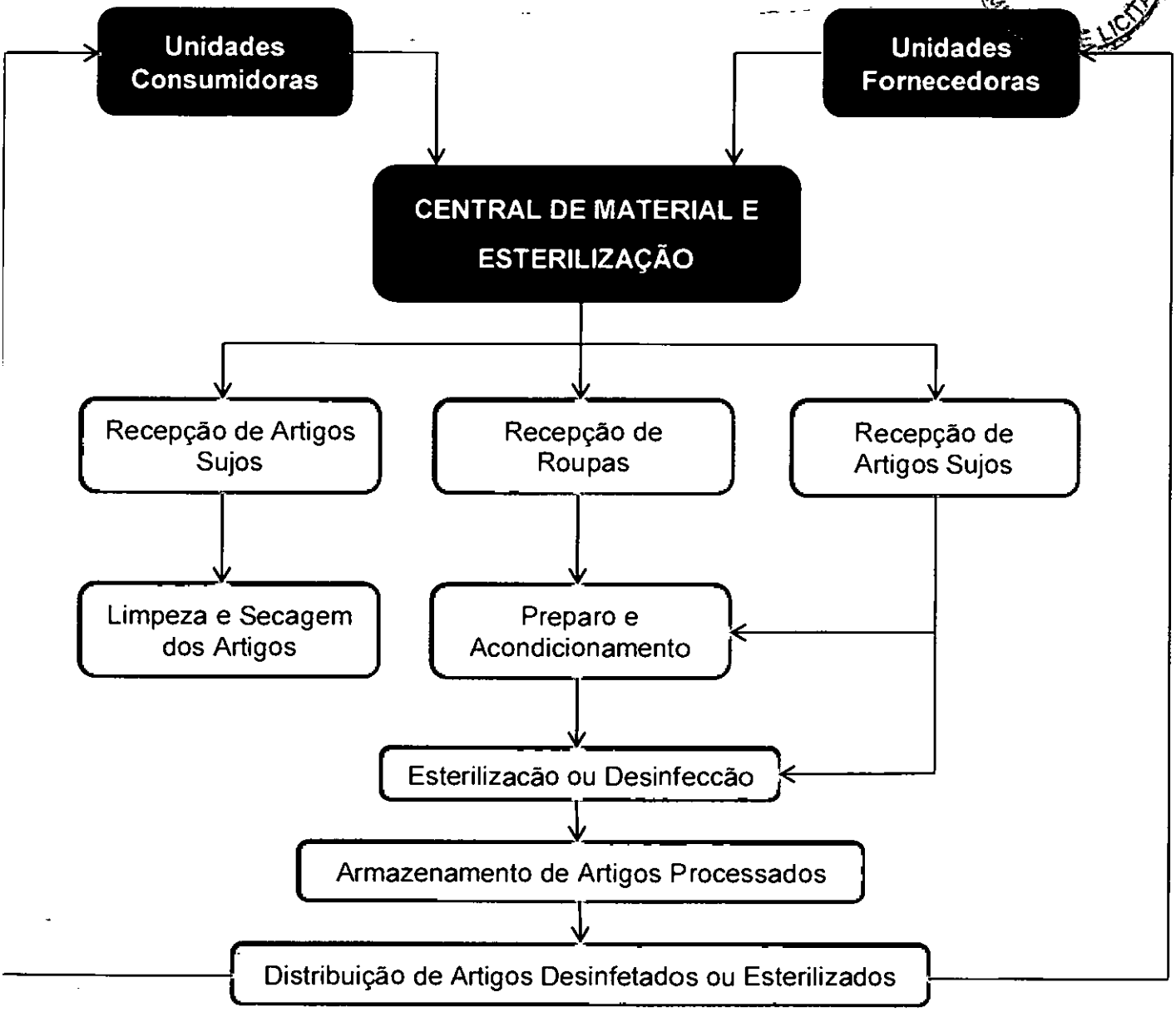
Fluxograma 01: Fluxo unidirecional da CME

Expurgo	Preparo de material e carga da autoclave	Retirada de material da autoclave e guarda do material estéril
ÁREA SUJA	ÁREA LIMPA	ÁREA ESTÉRIL

Fluxo unidirecional com barreira física entre as áreas

Fluxograma 02: Fluxo unidirecional dos artigos na CME

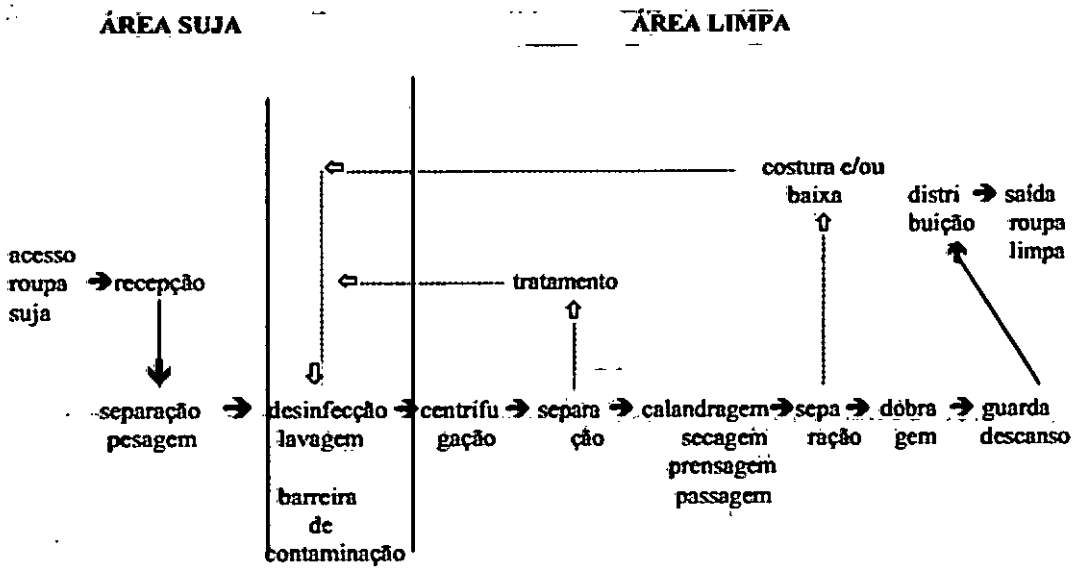
S. E. S.
Fls: 1273
6
Rubrica
LICITAÇÃO
1282



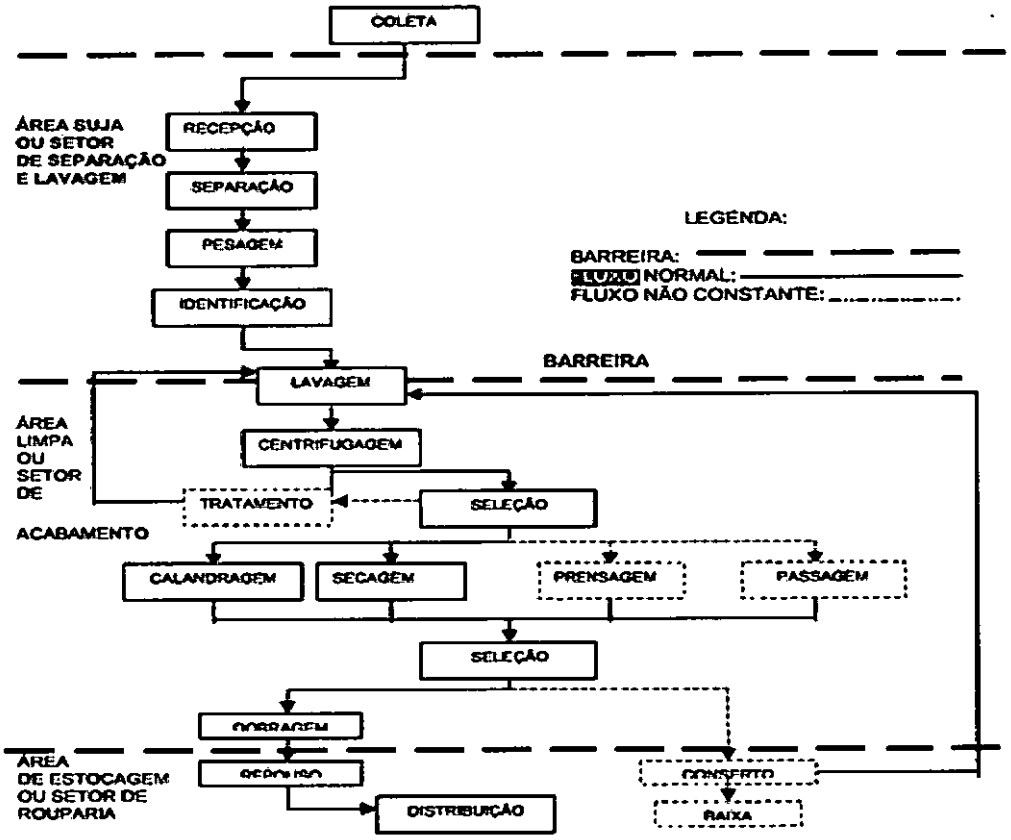
3.2.1.4 Fluxo para Roupas

É de fundamental importância um estudo cuidadoso do fluxo da roupa, não devendo ocorrer cruzamento entre a roupa suja e a roupa limpa, visando evitar contaminação. Um fluxo bem estudado racionaliza tempo, equipamento, pessoal e área de circulação, propiciando à lavanderia uma melhor funcionalidade.

Fluxograma 01: Fluxo da Lavanderia Hospitalar



Fluxograma 02: Fluxo do Processamento de Roupas



TC 1283

S.E.S
Fls: 1274
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

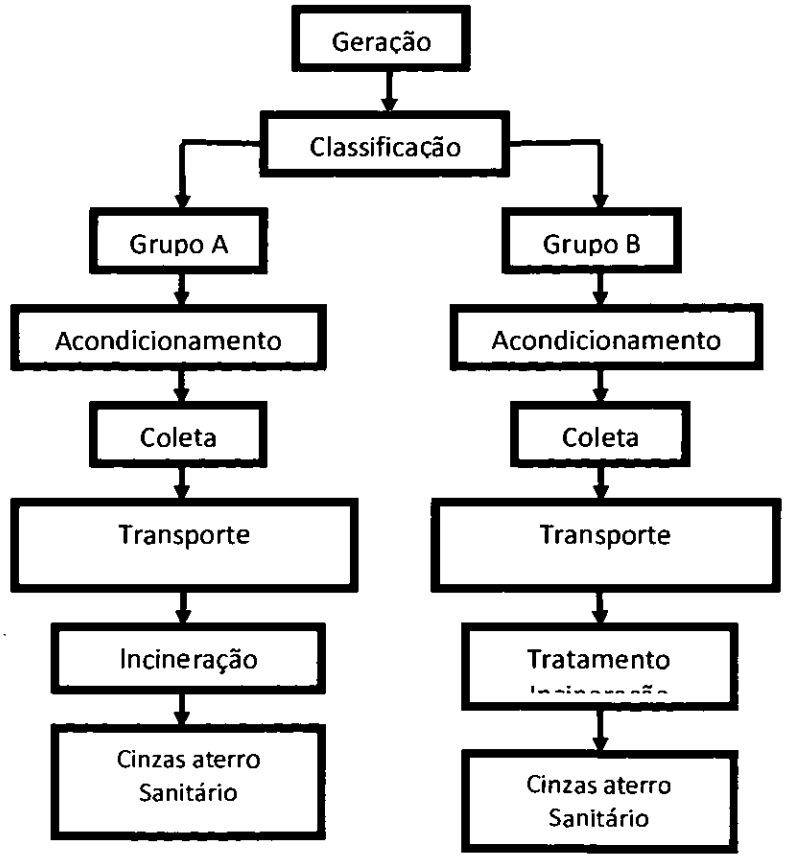
3.2.1.5 Fluxo para Resíduos

O manejo integrado de resíduos sólidos é entendido como a ação de gerenciá-los intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final. O Instituto GERIR procura obedecer aos critérios estabelecidos nas normas e resoluções no que diz respeito a um manejo adequado. Esse manejo inclui ainda a geração, acondicionamento, coleta e transporte interno, armazenamento temporário e externo, coleta e transporte externo, tratamento e disposição final.

O manejo tem por objetivo:

- Proteger a saúde dos colaboradores do hospital e maternidade, dos pacientes, da população em geral e do meio ambiente;
- Melhorar as condições de higiene no trabalho em todas as instalações do hospital;
- Evitar a contaminação dos resíduos comuns;
- Cumprir a legislação vigente.

Fluxograma do Manejo Integrado de Resíduos



3.2.2 Implantação da Gestão

A Proposta para **Regimento Interno do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN** será apresentada na presente proposta, **Parte Técnica, item 6.1.2.**

3.2.2.1 Regimento do Corpo Clínico

Regimento Interno do Corpo Clínico do HUTRIN

CAPÍTULO I – PRINCÍPIOS

ARTIGO 1º - O Regimento Interno do Corpo Clínico visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos médicos que utilizam as instalações desta instituição para o exercício de suas atividades profissionais.

ARTIGO 2º - O Corpo Clínico do HUTRIN é formado pelo conjunto de médicos nas diversas especialidades, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitando este Regimento.

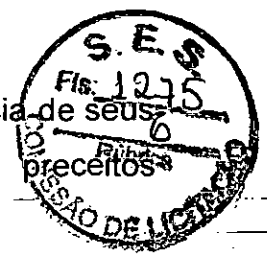
CAPÍTULO II – OBJETIVOS

ARTIGO 3º - O Corpo Clínico do HUTRIN tem os seguintes objetivos:

1 Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos e do pessoal técnico através de estimulo à pesquisa científica, discussões de casos clínicos, bem como revisão continuada da saúde dos pacientes e funções diárias da equipe multiprofissional.

2 Assegurar a melhor assistência aos clientes da Instituição através de seu envolvimento com as normas gerais do hospital, do conhecimento de toda a infraestrutura que o hospital pode oferecer, do seu compromisso com suas funções e interesse para oferecer informações adequadas a seus clientes.

3 Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição através das participações nas discussões de casos, nas reuniões científicas e na educação continuada de toda a equipe multiprofissional em suas áreas de atuação, oferecendo informações técnico-científicas, esclarecimentos legais e psicológicos.



4. Estimular a pesquisa médica direcionada para a melhor assistência de seus clientes, registrando-a nas respectivas comissões, seguindo os preceitos estabelecidos pela ética em pesquisa médica.

5. Cooperar com a administração da instituição, visando a melhoria da assistência prestada através do conhecimento das normas gerais pré-estabelecidas pela administração.

6. Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados através da elaboração de protocolos de diagnóstico e conduta médica em cada setor de atendimento especializado.

CAPÍTULO III – COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

ARTIGO 4º - o Corpo Clínico do HUTRIN obedece este regimento e é constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por médicos legalmente habilitados, a quem cabe a execução de todos os atos médicos necessários aos pacientes, com plena autonomia profissional.

ARTIGO 5º - O Corpo Clínico do HUTRIN compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercitar a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

I – MEMBROS EFETIVOS: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades na Instituição, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

II – MEMBROS CONVIDADOS: Profissionais que pelo seu destaque profissional e notório conhecimento da especialidade são indicados pelo corpo clínico e/ou pela Direção do Hospital para exercer orientação, consultoria ou segunda opinião na sua área, de acordo com normas pré-estabelecidas, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

III – MEMBROS FILIADOS: Profissionais que atuam no hospital, sem nele exercerem, prioritariamente suas atividades, possuindo direito a voto na eleição para diretoria clínica.

IV – MEMBROS EVENTUAIS: Médicos que, esporádica ou excepcionalmente desenvolvam atividades no Hospital, a fim de assistir a um paciente específico, porém sem direito a voto na eleição para diretoria clínica.

CAPÍTULO IV - ÓRGÃOS DO CORPO CLÍNICO

ARTIGO 6º - Os Órgãos do Corpo Clínico são:

I – Diretoria Técnica de Saúde (Médico)

II – Diretoria Clínica (Médico)

III – Comissão de Ética Médica

IV – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

V – Comissões Permanentes ou Temporárias

VI – Médicos do HUTRIN.

CAPÍTULOS V - COMPETÊNCIAS, DIREITOS E DEVERES DO CORPO CLÍNICO E SEUS ÓRGÃOS.

ARTIGO 7º - Compete à Diretoria Técnica:

I – Administrar todas as atividades próprias do Hospital, em colaboração com os órgãos respectivos de cada área.

II – Assumir a responsabilidade técnica do Hospital e representá-lo junto às autoridades, conforme a legislação.

III – Tomar ciência e desencadear as medidas para implantações das recomendações emanadas dos Órgãos do Corpo Clínico, da Legislação e das Entidades Médicas.

IV – Planejar, organizar e dirigir administrativamente as clínicas, serviços e unidades do hospital, determinando a destinação de recursos físicos, financeiros e humanos, assegurando condições dignas de trabalho para melhorar o desempenho do corpo clínico, em benefício dos pacientes usuários da instituição.

V – Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

VI – Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

ARTIGO 8º - Da Diretoria Clínica

O Diretor Clínico e seu substituto, de acordo com as resoluções do CFM n.º 1481/97 deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto, de acordo com artigo 6º, através de processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 10 dias, sendo que a forma de eleição deverá ser direta e secreta, com mandato inicial de 02 (dois) anos, podendo ser reeleito.

S. E. S.
Fls: 1276
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

O Diretor Clínico deve ser membro efetivo do corpo clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa. Deve estar presente durante o período de maior atividade do Hospital e permanentemente a disposição do mesmo.

Paragrafo único - Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição. Para atingir as metas estabelecidas neste artigo são atribuições do Diretor Clínico:

I – Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição, propagando o sentimento de responsabilidade entre seus membros.

II – Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clinicas, unidades e serviços do hospital.

III – Desenvolver o espírito da crítica, estimulando o estudo e a pesquisa.

IV – Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração.

V – Supervisionar as execuções das atividades de assistência Médica da Instituição.

VI – Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição.

VII – Exercer a função de mediador, esclarecendo às partes interessadas em eventual conflito de posições, visando humanizar os Membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa do Hospital em face dos postulados e éticos, médicos e morais.

VIII – Permanecer no Hospital no período de maior atividade da Instituição dedicando a maior parte de seu tempo à sua atividade.

ARTIGO 9º - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita por escrutínio direto e secreto em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade pela Diretoria Clínica, pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

ARTIGO 10º - SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.

Tem por objetivo manter e avaliar um Programa de Controle de infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da Instituição, atendendo à Portaria MS/Nº 2.616/98.

ARTIGO 11º - As Comissões Temporárias ou Permanentes serão formadas por indicação da Diretoria Técnica de comum acordo com a Diretoria Clínica, levando-se em consideração a qualificação dos profissionais escolhidos, bem como a disponibilidade dos mesmos e compreendem a presença de um membro Presidente e pelo menos 04 (quatro) membros integrantes. O mandato inicial destas comissões será de **02 (dois)** anos, podendo cada membro permanecer no mandato seguinte, de acordo com a disponibilidade e reavaliação da eficácia dos mesmos.

CAPÍTULO VI – INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

ARTIGO 12º - Para ingressar no Corpo Clínico do HUTRIN, o Médico deverá preencher a solicitação de cadastramento em formulário próprio, dirigidos aos órgãos diretivos e atender aos seguintes requisitos:

I – Estar devidamente registrado junto ao CRM –GO, apresentando documentação competente (cópia da carteira CRM);

II – Apresentar comprovação de quitação da anuidade do CRM (apresentar cópia anualmente até o mês de Abril de cada ano)

2 – Indicar sua Especialidade Médica com os respectivos registros:

2.1 Diplomas (cópia autenticada frente e verso)

2.2 Títulos (cópia autenticada)

2.3 Curriculum Vitae resumidos.

IV – Tomar conhecimento e assinar declaração de ciência do Regimento Interno do Corpo Clínico e das normas administrativas do Hospital.

V – Tomar conhecimento das Normas Regulamentadoras referentes à Segurança e Saúde dos profissionais no trabalho dentro dos Serviços de Saúde.

CAPÍTULO VI – INFRAÇÕES

Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator e sujeito a penalidade quando:

I – Desrespeitar o Regimento Interno;

II – Desrespeitar as Normas Administrativas internas, não disciplinadas no Regime e Estatuto do HUTRIN;

III – Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética.

IV – Cometer crime nas dependências do Hospital, relacionado ou não ao atendimento ao doente.

V – Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação.

VI – Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem do Hospital e causar dano ao paciente.

VII – Abandonar suas funções, sem motivo justo, com prejuízo aos doentes sob sua responsabilidade.

VIII – Atuar com desídia no desempenho de suas funções.

IX – Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

ARTIGO 13º - A suspeita e denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando ao(s) Médico(s) amplo direito de defesa.

Paragrafo 1º- A Comissão de Ética Médica e/ou outra comissão, deverá no prazo máximo de 30 dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Paragrafo 2º- Nos casos de indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ou CREMEGO, único órgão julgador da ética médica.

Paragrafo 3º-Nos casos de infração de caráter administrativo e regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviada ao Diretor Técnico, que aplicará as medidas cabíveis.

ARTIGO 14º - AS PENALIDADES APLICÁVEIS AOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO SÃO:

I – Advertência Verbal;

II - Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;

III – Suspensão temporária do Corpo Clínico;

IV– Exclusão do Corpo Clínico.

Paragrafo 1º - As penalidades aplicadas a nível interno do Hospital, não eliminam a obrigatoriedade da análise do CREMEGO nos casos de indício de infração de natureza ética.

Paragrafo 2º - As penalidades para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão à graduação das penas desse Artigo, salvo nos casos de gravidade incontestável.

Paragrafo 3º - A aplicação das penas III e IV está condicionada ao parecer favorável do

Diretor Técnico, Diretor Clínico e Comissão de Ética Médica.

Paragrafo 4º - Compete ao Diretor Técnico e Diretor Clínico a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico, ou a solicitação desta.

CAPÍTULO VII – DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

ARTIGO 15º - São Direitos dos Médicos do Corpo Clínico:

I – Frequentar o Hospital internando e assistindo PESSOALMENTE aos seus pacientes, gozando de autonomia profissional.

II – Utilizar os recursos técnicos, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Instituição. A utilização de equipamentos e instrumentos especializados poderá ser restringida pelas normas relativas à qualificação e treinamento específico, bem como normas administrativas.

III – Auxiliar a administração do Hospital e órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas, propondo modificações e aperfeiçoamentos com a finalidade de melhorar a assistência aos pacientes e o padrão técnico e operacional do Hospital. Bem como zelar pelo bom nome e reputação profissional do Corpo Clínico e do Hospital, respeitando o Código de Ética Médica.

IV – Participar das reuniões do Corpo Clínico e atividades científicas do Hospital.

VI – Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como Membro efetivo ou filiado.

ARTIGO 16º - São Deveres dos Médicos do Corpo Clínico:

I – Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os colegas e funcionários do Hospital.

II – Conhecer e respeitar os Estatutos e Regimento Interno do Hospital.

III – Assistir aos pacientes sob seus cuidados, com respeito, consideração, utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo.

Fls: 1287

S.E.S. Fls: 1278 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

IV – Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado.

V – Participar de atos Médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário.

VI – Elaborar e manter atualizado o Prontuário Médico de seus pacientes, que deverá conter de FORMA LEGÍVEL, o histórico clínico, evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente.

VII – Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem Médica e/ou administrativa relativa à atividade ou aos pacientes, para fins de esclarecimentos de intercorrências administrativas, Médicas, éticas ou jurídicas.

VIII – Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos, pela indicação de métodos de diagnóstico, pelo tratamento e medicamentos prescritos.

IX – Comunicar aos órgãos do Corpo Clínico falhas na organização, nos meios e na execução da Assistência Médica prestadora na Instituição.

X – Colaborar com as Comissões específicas da Instituição.

XI – Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência.

XII – Respeitar a política de direito dos pacientes e familiares do Hospital, com o objetivo de fornecer ao paciente atendimento hospitalar de excelência, segurança, envolvimento no seu cuidado, privacidade, respeito, apoio e retaguarda na alta hospitalar.

XIII – Quando da impossibilidade de mantiver o atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e os motivos pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento.

XIV - Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à Segurança e Saúde dos profissionais da área de Saúde.

CAPÍTULO VIII – DOS PROCEDIMENTOS ELEITORAIS

ARTIGO 17º - O Diretor Clínico, seu substituto e a Comissão de Ética Médica serão eleitos de forma direta e secreta, em Processo Eleitoral especificamente convocado para essa finalidade, por maioria simples de votos.

CAPÍTULO IX – DAS ASSEMBLÉIAS

ARTIGO 18º - O Corpo Clínico deliberará em Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 01 hora com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros o Corpo Clínico poderá convocar Assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas, de acordo com a Resolução n.º 1481/97 do CRM.

CAPÍTULO X – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 19º - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem ser submetidos, pelo médico assistente,

À aplicação do Diretor Clínico e mais uma Comissão por essa indicada, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Paragrafo Único – Em caso de urgência essa junta poderá ser exercida por 03 (três) Médicos presentes, cuja decisão deverá ser posteriormente submetida ao Diretor Clínico. A Constituição da junta médica para solução de problemas ou, ainda, para discussão de conduta em casos graves, ou de implicações sociais deve ocorrer com frequência, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do Médico, com a mesma finalidade também poderão ser exigidos necroscópicos, patológicos ou quaisquer outros que se fizerem necessários.

ARTIGO 20º - A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um Médico que registrará sua indicação, diagnósticos provisórios ou definitivos e recomendações especiais necessários para a internação ou cuidados do paciente.

ARTIGO 21º - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do hospital de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas em leis e no Código de Ética Médica.

Paragrafo 1º - É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente, do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Paragrafo 2º - Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional (is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

ARTIGO 22º - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades do hospital, ou de quaisquer informações sobre pacientes, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos do Hospital, ou mediante autorização destes.

ARTIGO 23º - Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico, ouvida a Comissão de Ética Médica de acordo com a natureza dos mesmos.

ARTIGO 24º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico, conjuntamente com a Direção Geral e Técnica do HUTRIN.

ARTIGO 25º A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

Regimento Interno dos Plantonistas

Capitulo I

Das Atribuições dos Plantonistas

Art. 1.º - Prestar assistência aos pacientes das unidades do HUTRIN procurando resolver as intercorrências agudas dos mesmos.

Art. 2.º - Prestar atendimento aos pacientes regulados, tão logo os mesmos sejam encaminhados.

Art. 3.º - Atender aos doentes de outras unidades do HUTRIN que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente.

Art. 4.º - Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico residente do plantão da mesma clínica ou do médico plantonista da UTI.

Art. 5.º - Conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética Médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

Art. 6.º – Na ausência do médico assistente, conforme as circunstâncias, fornecer atestado de óbito de pacientes . No período diurno, o atestado de óbito deverá ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe médica responsável pelo paciente. Anotar no livro de ocorrências todos os fatos e situações que mereçam registro.

Art. 7.º - Observar o Regimento Interno do HUTRIN e o Regimento do Plantão.

Art. 8.º – Comparecer ao local para onde foi escalado, cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e, estando de plantão, não deixar o local de trabalho antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa.

Art. 9.º – O plantonista que receberá o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e, em caso de reincidência de atraso, por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as penalidades cabíveis.

Art. 10.º – Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição (crachá funcional).

Art. 11.º – O plantonista deverá se manter alcançável, durante todo o seu horário de plantão.

Art. 12.º – Proibido ao médico de plantão (de qualquer das clínicas), se ausentar do mesmo por qualquer tempo, sem deixar outro médico que esteja na Unidade, responsável pelo seu plantão, durante o período que necessitar se ausentar temporariamente, por motivo justificado.

CAPITULO II

Das Normas Complementares

Art. 13.º – As escalas para atendimento nos plantões devem ser rigorosamente cumpridas e só poderão ser alteradas com o conhecimento prévio da Chefia do Serviço e da Diretoria Técnica da Instituição.

Parágrafo Único – Fica vedado a substituição, do staff da clínica médica ou cirúrgica por outro plantonista (mesmo que este seja do quadro de funcionários do HUTRIN), em caráter permanente.

Art. 14.º - Constitui falta grave o não cumprimento das escalas e desrespeito ao horário de trabalho.

Art. 15.º – A Escala dos médicos do plantão deverá permanecer afixada nos postos de enfermagem das unidades.

Art. 16.º – Nenhum paciente pode deixar de ser atendido pelo plantonista, em situações de urgência/ emergência.

Art. 17.º – É proibida a utilização das dependências do HUTRIN para tratar de assuntos particulares em detrimento ao atendimento de pacientes em espera.

Art. 18.º – Nenhum equipamento ou material hospitalar de propriedade do HUTRIN será de uso privativo de um profissional a não ser quando autorizado expressamente pela Diretoria Administrativa do Hospital, com o parecer por escrito do Diretor Clínico. Também, nenhum profissional poderá levar material de sua propriedade, para utilizá-lo no Hospital, sem autorização expressa da Diretoria Administrativa do Hospital.

Art. 19.º – É vedada a remoção de qualquer equipamento da Instituição sem a prévia anuência da Diretoria.

Art. 20.º – É proibido atender Representantes de Laboratórios no horário de plantão.

Art. 21.º – É dever de todo plantonista, comunicar ao setor competente, a existência de aparelhos ou equipamentos defeituosos ou em mau funcionamento, bem como falta de insumos e medicamentos no seu setor de trabalho.

Art. 22.º – São direitos dos membros plantonistas do Corpo Clínico:

I. Exercer a profissão sem ser discriminado por religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, condição social ou opinião política.

II. Solicitar providências à Diretoria quando houver condições inadequadas de trabalho ou que possam prejudicar o usuário da Instituição.

Art. 23.º – As penalidades aplicáveis aos Membros plantonistas do Corpo Clínico são:

I. Advertência reservada, verbal;

II. Advertência por escrito;

III. Solicitação de abertura de processo administrativo disciplinar;

IV. Suspensão temporária de participação no Corpo Clínico;

V. Exclusão definitiva do Corpo Clínico.

Art. 24.º – Ouvida a Comissão de Ética, compete à Diretoria a aplicação da penalidade a qualquer Membro do Corpo Clínico.

Parágrafo Único - Havendo indícios de infração de natureza ética as penalidades aplicadas pela Instituição não eliminam a obrigatoriedade da análise do respectivo Conselho de Classe.

Art. 25.º – Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria da Instituição.

Art. 26.º – O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação pelo Corpo Clínico dos Plantonistas, conjuntamente com a Direção Geral e Técnica do HUTRIN.

Art. 27.º A cada dois anos, este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

3.2.2.2 Regimento da Enfermagem

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º – O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

I. Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas auxiliares;

II. Cooperar e manter bom entrosamento com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais;

II. Propiciar ambiente e material adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais;

IV. Promover a elevação do padrão profissional;

V. realizar treinamento do pessoal em serviço;

VI. Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas;

VII. Prevenir e controlar sistematicamente a infecção hospitalar;

VIII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento ~~o regulamento~~ do HUTRIN, normas e rotinas técnicas em vigor;

IX. Ter como norma de serviço o código de Deontologia de enfermagem e a regulamentação do exercício profissional.

S. E. S.
Fls: 1281
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TC 1290

CAPÍTULO II DA POSIÇÃO

Art. 2º – O Serviço de Enfermagem faz parte da Diretoria Técnica de Saúde, estando diretamente subordinado a referida Diretoria e será chefiado por enfermeiro nos termos da lei e inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região; terá administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º – O Serviço de Enfermagem constitui-se das seguintes seções:

I. Seção de Ambulatório

II. Seção de Pronto Atendimento

III. Seção de Centro Cirúrgico

IV. Seção de Terapia Intensiva

V. Seção de Clínica Médica.

VI. Seção de Clínica Cirúrgica

VII. Seção de Material e Esterilização

CAPÍTULO IV

Do pessoal e suas atribuições

Art. 4º – O pessoal do Serviço de Enfermagem se atribui pelos seguintes cargos e funções:

I. Enfermeiro – Diretor de Departamento

II. Enfermeiro – Chefe de Seção

III. Enfermeiro Supervisor

IV. Técnico de enfermagem

V. Auxiliar de enfermagem.

Art. 5º – Ao Diretor do Departamento de Enfermagem atribui-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços que lhe são subordinados e à disciplina do pessoal;

III. Selecionar, distribuir quantitativamente e qualitativamente o pessoal da enfermagem, definindo seus deveres e estabelecendo linhas de responsabilidade;

IV. Analisar e avaliar a padronização das técnicas de trabalho, submetendo-as à aprovação superior;

V. orientar e cooperar nos programas de educação continuada em serviço;

VI. Convocar e presidir reuniões com o pessoal de enfermagem;

VII. Prever e opinar sobre a compra do material e equipamentos;

VIII. Prever medidas que assegurem o melhor entrosamento e boa coordenação com os demais serviços, divisões, seções e serviços do hospital;

IX. Promover programas de higiene e segurança do trabalho, de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

X. Favorecer o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa científicas, devidamente aprovadas;

XI. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;

XII. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;

XIII. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

XIV. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

XV. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

XVI. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;

XVII. Solicitar à Chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

XVIII. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.

XIX. Aplicar normas de biossegurança;

XX. Executar outras atividades afins;

XXI. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 6º - As Chefias de Seção de Enfermagem Clinica Médica e Pronto Atendimento atribuem-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Convocar e participar de reuniões multidisciplinares;

III. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o código de Ética e a Legislação de Enfermagem;

IV. Encaminhar mensalmente ao Serviço de Enfermagem a escala de serviço, bem como ao serviço de nutrição e portaria;

V. estabelecer cronograma de reuniões e eventos de caráter técnico e/ou administrativo, quando solicitado;

VI. Executar e/ou supervisionar as atribuições técnicas pertinentes ao serviço;

VII. Fazer previsão de roupa, semestral e/ou anual para a unidade;

VIII. Fornecer autorização de permanência para acompanhantes de acordo com as normas da instituição;

IX. Manter guarda e controle mediante cautela interna de psicotrópicos e entorpecentes;

X. Manter os servidores atualizados nos programas específicos do setor;

XI. Manter sistematizado e arquivado os manuais de funcionamento dos equipamentos da unidade;

XII. Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de enfermagem lotado e em exercício na unidade, encaminhado ao Serviço de Enfermagem quando solicitado;

XIII. Participar de comissões para estudos e definições de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;

XIV. Prever e requisitar material de consumo à Farmácia e Almoxarifado;

XV. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;

XVI. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;

XVII. Advertir verbal ou por escrito o funcionário de enfermagem quando necessário;

XVIII. Realizar e/ou participar dos programas de educação continuada;

XIX. Supervisionar limpeza e desinfecção periódica e geral da unidade;

XX. Testar materiais e equipamentos e emitir parecer técnico a fim de subsidiar a aquisição e solicitar manutenção de material permanente e equipamentos sempre que necessário, orientando o local de instalação, a utilização, e a conservação de materiais e equipamentos;

XXI. Participar da previsão e materiais e equipamentos para a unidade;

XXII. Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento da unidade, dos pacientes e servidores nos diversos turnos através da observação direta, do livro de ocorrências, relatório e prontuário;

XXIII. Verificar o cumprimento da escala observando a pontualidade e assiduidade dos servidores;

XXIV. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;

XXV. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;

XXVI. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

XXVII. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

XXVIII. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;

XXIX. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

XXX. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

XXXI. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.

XXXII. Aplicar normas de biossegurança;

XXXIII. Executar outras atividades afins;

XXXIV. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

S. E. S.
Fls: 1283
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Art. 7º - À Chefia da Seção de Enfermagem do Centro Cirúrgico, atribuem-se:

Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas.

I. Elaborar o mapa diário de cirurgias de acordo com quadro de distribuição de salas cirúrgicas / especialidades;

II. Realizar e/ou participar dos programas de educação continuada;

IV. Participar dos procedimentos de urgência/emergência;

V. orientar, supervisionar e avaliar a estatística de produtividade mensal das cirurgias realizadas;

VI. Participar da elaboração das técnicas de enfermagem e rotinas do serviço de acordo com a CCIH;

VII. Aplicar medidas de prevenção e controle de infecção, colaborando com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

VIII. Supervisionar a higienização periódica e geral da unidade;

IX. Participar de comissões de padronização de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;

X. Apresentar relatórios anuais das atividades das seções ao Serviço de Enfermagem;

XI. Certificar-se diariamente das intercorrências registradas nos relatórios de enfermagem;

XII. Participar da previsão de materiais, equipamentos e roupas mensais, semestrais e/ou anual;

XIII. Emitir parecer técnico de materiais e equipamentos para subsidiar a aquisição de produtos do hospital; e manter sistematizado e arquivado, os manuais de funcionamento dos equipamentos e aparelhos do setor;

XIV. Zelar pelos bens de consumo e patrimoniais da Instituição e participar do inventário de material permanente, assinando a carga patrimonial da unidade;

XV. Orientar a instalação, utilização e conservação de materiais e equipamentos; bem como, solicitar cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos ao setor competente;

XVI. Representar a unidade em reuniões e eventos de caráter técnicos / administrativos quando designado;

XVII. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;

XVIII. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso para o paciente;
XIX. Participar das atividades de passagem de plantão;
XX. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;
XXI. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
XXII. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;
XXIII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
XXIV. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade;
XXV. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
XXVI. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
XXVII. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
XXVIII. Aplicar normas de biossegurança;
XXIX. Executar outras atividades afins;
XXX. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 8º - À Chefia da Seção de Material e Esterilização atribuem-se:
I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnicas administrativas;
II. Planejar e executar programas de treinamento e educação continuada;
III. Realizar reuniões periódicas com a equipe de enfermagem;
IV. Emitir parecer técnico na compra de equipamento e outros; e estabelecer um sistema de controle dos equipamentos e materiais de que dispõe a unidade;

Fls: 1293

S. E. S
Fls: 1284
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

V. fazer levantamento mensal dos materiais solicitados pelos diferentes setores do hospital a fim de planejar o suprimento da unidade para atendê-lo;

VI. Manter-se atualizado em relação aos novos tipos de materiais e equipamentos disponíveis no mercado;

VII. Manter relacionamento efetivo com a diretoria de enfermagem e outros setores do hospital;

VIII. Supervisionar a realização de testes bacteriológicos realizados semanalmente, avaliar e divulgar resultados;

IX. Prevenir a incidência de riscos ocupacionais, avaliar a dinâmica de funcionamento da unidade para intensificar as medidas de prevenção;

X. Fazer estatística mensal da produção e o relatório anual das atividades desenvolvidas na unidade encaminhando-os à diretoria de enfermagem;

XI. Participar de reuniões técnico-administrativas;

XII. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;

XIII. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;

XIV. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

XV. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

XVI. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

XVII. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;

XVIII. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

XIX. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade;

XX. Aplicar normas de biossegurança;

XXI. Executar outras atividades afins;

XXII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 9º - À Chefia de Enfermagem da Seção de Terapia Intensiva atribuem-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Divulgar, cumprir, fazer cumprir o regulamento do hospital e as rotinas da U.T.I.; o Código de Ética e a Legislação de Enfermagem;

III. Executar e participar dos programas de educação continuada: cursos, seminários; programas de higiene e segurança do trabalho, principalmente na prevenção de acidentes e de doenças profissionais e outros.

IV. Garantir a assistência 24 horas pela equipe de enfermagem aos pacientes; bem como, avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes;

V. zelar pelo exato preenchimento dos formulários usados na Unidade;

VI. Conduzir reuniões periódicas visando o aprimoramento da equipe;

VII. Zelar pelos bens patrimoniais da Instituição e orientar o local de instalação, a utilização e a conservação de materiais e equipamentos;

VIII. Manter sistematizado e arquivado os manuais de funcionamento dos equipamentos da Unidade;

IX. Zelar pelo bom uso de material de consumo evitando desperdício;

X. Fazer previsão de roupa, semestral e/ou anual, para a Unidade;

XI. Cooperar com o serviço de controle de infecção hospitalar na adoção de medidas de prevenção e controle; bem como, comunicar à Vigilância Epidemiológica casos de notificação compulsória;

XII. Assistir a passagem de plantão;

XIII. Visitar diariamente os pacientes internados e participar da visita multiprofissional inteirando-se de suas necessidades e acompanhar e orientar familiares nas visitas aos pacientes de forma humanizada;

XIV. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;

XV. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

XVI. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

S. E. S.
Fls: 1285
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

XVII. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

XVIII. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;

XIX. Solicitar à Chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

XX. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.

XXI. Aplicar normas de biossegurança;

XXII. Executar outras atividades afins;

XXIII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 10º - À Chefia Seção de Enfermagem do Ambulatório atribuem-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Convocar e participar de reuniões multidisciplinares;

III. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o código de Ética e a Legislação de Enfermagem;

IV. Estabelecer cronograma de reuniões e eventos de caráter técnico e/ou administrativo, quando solicitado;

III. Executar e/ou supervisionar as atribuições técnicas pertinentes ao serviço;

VI. Manter os servidores atualizados nos programas específicos do setor;

VII. Manter sistematizado e arquivado os manuais de funcionamento dos equipamentos da unidade;

VIII. Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de enfermagem lotado e em exercício na unidade, encaminhado ao Serviço de Enfermagem quando solicitado;

IX. Participar de comissões para estudos e definições de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;

X. Prever e requisitar material de consumo e permanente;

XI. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;
XII. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;
XIII. Advertir verbal ou por escrito o funcionário de enfermagem quando necessário;
XIV. Realizar e/ou participar do programa de educação continuada;
XV. Supervisionar limpeza e desinfecção periódica e geral da unidade;
XVI. Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento da unidade, dos pacientes e servidores nos diversos turnos através da observação direta, do livro de ocorrências, relatório e prontuário;
XVII. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;
XVIII. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
XIX. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
XX. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
XXI. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
XXII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;
XXIII. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.
XXIV. Aplicar normas de biossegurança;
XXV. Executar outras atividades afins;
XXVI. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 11º - À Chefia Seção de Enfermagem da Clínica Cirúrgica atribuem-se:
I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
II. Convocar e participar de reuniões multidisciplinares;

III. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o código de Ética e a Legislação de Enfermagem;

IV. Encaminhar mensalmente ao Serviço de Enfermagem a escala de serviço, bem como ao serviço de nutrição e portaria;

V. estabelecer cronograma de reuniões e eventos de caráter técnico e/ou administrativo, quando solicitado;

VI. Executar e/ou supervisionar as atribuições técnicas pertinentes ao serviço;

VII. Fazer previsão de roupa, semestral e/ou anual para a unidade;

VIII. Fornecer autorização de permanência para acompanhantes de acordo com as normas da instituição;

IX. Manter guarda e controle mediante cautela interna de psicotrópicos e entorpecentes;

X. Manter os servidores atualizados nos programas específicos do setor;

XI. Manter sistematizado e arquivado os manuais de funcionamento dos equipamentos da unidade;

XII. Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de enfermagem lotado e em exercício na unidade, encaminhado ao Serviço de Enfermagem quando solicitado;

XIII. Participar de comissões para estudos e definições de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;

XIV. Prever e requisitar material de consumo à Farmácia e Almoxarifado;

XV. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;

XVI. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;

XVII. Advertir verbal ou por escrito o funcionário de enfermagem quando necessário;

XVIII. Realizar e/ou participar dos programas de educação continuada;

XIX. Supervisionar limpeza e desinfecção periódica e geral da unidade;

XX. Testar materiais e equipamentos e emitir parecer técnico a fim de subsidiar a aquisição e solicitar manutenção de material permanente e equipamentos sempre que necessário, orientando o local de instalação, a utilização, e a conservação de materiais e equipamentos;

XXI. Participar da previsão e materiais e equipamentos para a unidade;

XXII. Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento da unidade, dos pacientes e servidores nos diversos turnos através da observação direta, do livro de ocorrências, relatório e prontuário;

XXIII. Verificar o cumprimento da escala observando a pontualidade e assiduidade dos servidores;

XXIV. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Enfermagem, bem como, as normas e rotinas do hospital;

XXV. Comunicar a CCIH, os casos de notificação compulsória;

XXVI. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

XXVII. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

XXVIII. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;

XXIX. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

XXX. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

XXXI. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.

XXXII. Aplicar normas de biossegurança;

XXXIII. Executar outras atividades afins;

XXXIV. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 12º – Ao enfermeiro supervisor atribuem-se:

I. Supervisionar a área e equipe sob sua responsabilidade;

II. Manter a unidade de trabalho organizada;

III. Programar as atividades diárias que serão executadas na unidade, fiscalizando e orientando sua execução;

S. E. S.
Fls: 1287
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

IV. Cooperar com a equipe multiprofissional, facilitando-lhe o desempenho de suas atividades assistenciais e educação continuada;

V. Substituir o enfermeiro chefe de seção em seus impedimentos quando designado;

VI. Colaborar com os responsáveis das diversas seções de enfermagem na resolução de problemas;

VII. Observar e cobrar e manter a ética profissional de todo o pessoal em serviço a fim de assegurar um ambiente harmonioso;

VIII. Fazer relatórios e registrar dados estatísticos das atividades desenvolvidas na unidade;

IX. Fornecer autorização de permanência para acompanhantes de acordo com as normas da instituição;

X. Elaborar escala diária de técnicos e auxiliares de enfermagem;

XI. Encaminhar pacientes para exames internos e externos;

XII. Prescrever cuidados diários pertinentes à condição do paciente;

XIII. Zelar pelo patrimônio da unidade;

XIV. Organizar e conferir diariamente material de emergência;

XV. Admitir os pacientes na enfermaria;

XVI. Orientar pacientes na alta hospitalar;

XVII. Evoluir diariamente todos os pacientes.

XVIII. Realizar visitas beira-leito em cada turno de trabalho.

Art. 13º – Ao Técnico e auxiliar de enfermagem compete:

I. Colaborar com os enfermeiros nos trabalhos da unidade, praticando sob orientação os cuidados de enfermagem que lhe são atribuídos;

II. Executar atividades de assistência de enfermagem, exceto as privativas ao enfermeiro;

III. Integrar a equipe de saúde;

IV. Cooperar com o serviço, facilitando o desempenho de atividades assistenciais, pesquisa, ensino e educação;

V. Participar da execução de programas práticos de ensino e treinamento;

VI. Zelar pelo uso correto de materiais e equipamento de sua seção;

VII. Desempenhar tarefas afins.

3.2.2.3 Regimento do Serviço Social

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º – O Serviço Social tem por finalidade:

I. Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de fisioterapia;

II. Cooperar e manter bom entrosamento com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais;

II. Propiciar ambiente e material adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais;

IV. Promover a elevação do padrão profissional;

V. realizar treinamento do pessoal em serviço;

VI. Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas;

VII. Prevenir e controlar sistematicamente a infecção hospitalar;

VIII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento ~~o regulamento~~ do HUTRIN, normas e rotinas técnicas em vigor;

IX. Ter como norma de serviço o código de ontologia de enfermagem e a regulamentação do exercício profissional.

CAPÍTULO II DA POSIÇÃO

Art. 2º – O Serviço Social faz parte da Diretoria Técnica de Saúde, estando diretamente subordinado a referida Diretoria e será chefiado por Fisioterapeuta nos termos da lei e inscrito no Conselho Regional de Serviço Social da respectiva região; terá administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

São atribuições do Serviço Social

I. Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;

II. Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;

III. Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;

IV. Identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS)

V. Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

VI. Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

VII. Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

VIII. Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

IX. Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;

X. Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

XI. Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;

XII. Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

XIII. Planejamento, organização e administração de Serviço Social e de Unidade de Serviço Social;

Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

As atribuições privativas da(o) Assistente Social são:

I. Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II. Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III. Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;

IV. Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V. Assumir, no magistério de Serviço Social tanto em nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI. Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII. Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII. Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço social;

IX. Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X. Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de serviço social;

XI. Fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais;

XII. Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII. Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

S. E. S.
Fls: 1289
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

3.2.2.4 Regimento do Serviço de Psicologia

CAPÍTULO I DO OBJETO

1298

Art. 1º – O Serviço de psicologia tem por finalidade:

I. Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de psicologia;

II. Cooperar e manter bom entrosamento com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais;

II. Propiciar ambiente e material adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais;

IV. Promover a elevação do padrão profissional;

V. realizar treinamento do pessoal em serviço;

VI. Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas;

VII. Prevenir e controlar sistematicamente a infecção hospitalar;

VIII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento o regulamento do HUTRIN, normas e rotinas técnicas em vigor;

IX. Ter como norma de serviço o código de deontologia de psicologia e a regulamentação do exercício profissional.

CAPÍTULO II DA POSIÇÃO

Art. 2º – O Serviço de Psicologia faz parte da Diretoria Técnica de Saúde, estando diretamente subordinado a referida Diretoria e será chefiado por psicólogo nos termos da lei e inscrito no Conselho Regional de Psicologia da respectiva região; terá administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

O Serviço de Psicologia, tem por objetivo fundamental desenvolver projetos junto aos usuários e profissionais de saúde, que contemplem a prestação de serviços de psicologia aplicada, o que inclui, no plano clínico, o atendimento psicológico, no plano acadêmico, a provisão de um local de estágio para os estudantes de graduação em Psicologia e participação de ação de educação em serviço e educação em saúde.

São atribuições do serviço de psicologia:

I. Promover e coordenar ações de educação em saúde, tais como cursos, exposições oral dialogada, oficinas, com finalidade de promover e ampliar o conhecimento o conhecimento da comunidade sobre assuntos relacionadas a psicologia;

II. Promover e coordenar educação em serviço, tais como cursos, exposições oral dialogada, oficinas, com finalidade de promover e ampliar o conhecimento o conhecimento da comunidade sobre assuntos relacionadas a psicologia;

III. Dar suporte ao desenvolvimento de habilidades específicas na aplicação da psicologia através do ensino e pesquisa

IV. Prestar à comunidade serviço de natureza psicológica organizacional e da saúde, garantindo anonimato.

V. Prestar aos profissionais serviço de natureza psicológica organizacional e da saúde, garantindo anonimato.

VI. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

VII. Executar e fazer executar os atos necessários à coordenação, eficiência e boa ordem dos serviços que lhe são subordinados e à disciplina do pessoal;

VIII. Selecionar, distribuir quantitativamente e qualitativamente o pessoal da equipe, definindo seus deveres e estabelecendo linhas de responsabilidade;

IX. Analisar e avaliar a padronização das técnicas de trabalho, submetendo-as à aprovação superior;

X. Orientar e cooperar nos programas de educação continuada em serviço;

XI. Convocar e presidir reuniões com o pessoal de psicologia;

XII. Prever e opinar sobre a compra do material e equipamentos;

XIII. Prever medidas que assegurem o melhor entrosamento e boa coordenação com os demais serviços, divisões, seções e serviços do hospital;

S. E. S.
Fls: 1290
Rubrica

XIV. Promover programas de higiene e segurança do trabalho, de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

XV. Favorecer o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa científicas, devidamente aprovadas;

XVI. XI. Cumprir o código de Ética e a Legislação de Psicologia, bem como, as normas e rotinas do hospital;

XVII. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

XVIII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

XIX. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;

XX. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;

XXI. Solicitar à Chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

XXII. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.

XXIII. Aplicar normas de biossegurança;

XXIV. Executar outras atividades afins;

XXV. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

3.2.2.5 Regimento do Serviço de Fisioterapia

CAPÍTULO I DO OBJETO

Art. 1º – O Serviço de Fisioterapia tem por finalidade:

I. Dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar os serviços de fisioterapia;

II. Cooperar e manter bom entrosamento com a equipe multiprofissional no atendimento das atividades assistenciais;

III. Propiciar ambiente e material adequado para o desenvolvimento das atividades assistenciais;

IV. Promover a elevação do padrão profissional;

V. realizar treinamento do pessoal em serviço;

VI. Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas;

VII. Prevenir e controlar sistematicamente a infecção hospitalar;

VIII. Cumprir e fazer cumprir o regulamento o regulamento do HUTRIN, normas e rotinas técnicas em vigor;

IX. Ter como norma de serviço o código de ontologia de enfermagem e a regulamentação do exercício profissional.

CAPÍTULO II DA POSIÇÃO

Art. 2º – O Serviço de Fisioterapia faz parte da Diretoria Técnica de Saúde, estando diretamente subordinado a referida Diretoria e será chefiado por Fisioterapeuta nos termos da lei e inscrito no Conselho Regional de Fisioterapia da respectiva região; terá administração própria e autonomia profissional.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Do pessoal e suas atribuições

Atribuições da Equipe de Fisioterapia

I. Realizar estudo detalhado dos prontuários e exames complementares para tomada de decisões Fisioterapêuticas à beira leito;

II. Buscar todas as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo de paciente sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da equipe de saúde do Hospital de Urgências de Trindade quando necessário;

III. Reavaliar sistematicamente o paciente, para fins de reajuste ou alterações de condutas terapêuticas próprias empregadas, adequando-as à dinâmica do Hospital de Urgências de Trindade, embasado no artigo 2º da resolução COFFITO-80, D.O.U nº 093 de 21/05/87, seção I, página 7609);

S. E. S.
Fls: 1291
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

IV. Garantir ao paciente sob sua atenção, o acesso a todo arsenal terapêutico disponível e efetivamente necessário ao restabelecimento de sua melhor qualidade de vida. (ARTIGO 6º DA Resolução COFFITO nº 123 de 19/03/91, D.O.U de 17/04/91, seção I página 7120);

V. Informar ao cliente e/ou familiares quanto ao diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico e objetivos do tratamento, salvo quando tais informações possam causar-lhe dano (Inciso VII-do Artigo 7º do Exercício Profissional – Do Código de Ético do Fisioterapeuta);

VI. Induzir o processo terapêutico no paciente, dar alta Fisioterapêutica, utilizando o critério de reavaliação sucessiva que demonstre não haver alterações quanto à necessidade da comunidade destas práticas terapêuticas, comunicando a equipe médica (embasado no Artigo 1º da Resolução COFFITO-80, D.O.U. Nº 093 de 21/05/877, seção 1 página 7609)

VII. Realizar cinesioterapia global, visando funcionalidade, com retirada do leito e a deambulação precoce;

VIII. Realizar Fisioterapia pneumofuncional objetivando prevenção ou melhora de quadro pulmonar;

IX. Instalar suporte ventilatório quando necessário e solicitado;

X. Participar integralmente das atividades interdisciplinares;

XI. Promover orientação fisioterapêutica aos pacientes e familiares preparando-os para alta hospitalar, considerando fatores sociais, ambientais e culturais;

XII. Apresentar-se ao trabalho no horário certo conforme escala, devidamente trajados e com crachás;

XIII. Emitir relatórios ou parecer à coordenação de Fisioterapia quando for solicitado;

XIV. Manter, zelar e controlar os equipamentos fisioterapêuticos da unidade em que está locado.

XV. Participar dos protocolos de pesquisa na área de Fisioterapia e afins;

XVI. Seguir os procedimentos operacionais padrão e a rotina estabelecida para a unidade em que está locado;

XVII. Realizar o registro, no prontuário acerca das atividades desenvolvidas e procedimentos realizados para manter a boa continuidade da assistência Fisioterapêutica, o controle e levantamento estatístico;

XVIII. Registrar a produtividade diária para conhecimento do coordenador do serviço de fisioterapia;

XIX. Comunicar ao Coordenador o não comparecimento ao hospital, no mínimo com seis horas de antecedência;

XX. Participar da prevenção de infecção hospitalar, da promoção,tratamento e recuperação da saúde funcional do paciente aos seus cuidados;

XXI. Tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração, não omitindo informações necessárias para continuidade do bom andamento fisioterapêutico;

XXII. Participar das reuniões agendadas pelo coordenador;

XXIII. Manter discrição sobre fatos ocorridos com outros profissionais, bem como, fatos sigilosos de que tenha conhecimento, em razão de sua atividade profissional.

Atribuições do coordenador do setor de fisioterapia

I. Zelar pelo comportamento ético e pela qualidade dos atendimentos Fisioterapêuticos prestados pelos membros da equipe;

II. Responsabilizar-se pela coleta, manuseio e apresentação dos dados estatísticos que possam servir de parâmetros para avaliação do serviço de Fisioterapia;

III. Analisar e emitir pareceres sobre normas técnicas sempre que necessário;

IV. Participar das reuniões do conselho de gestão clínica semanalmente, ou extraordinariamente, quando solicitado pelo Conselho Gestor;

V. Supervisionar as atividades Fisioterapêuticas necessárias a um excelente serviço;

VI. Fazer mensalmente escalas dos Fisioterapeutas, levando em consideração a carga horária estabelecida;

VII. Elaborar escala de férias anuais do serviço e encaminhar ao RH até o dia requerido;

VIII. Exibir relatório semestral sobre o desempenho do serviço, justificando, quando apresentar indicadores insatisfatórios, bem como sugerir mudanças;

IX. Buscar a integração entre os membros da equipe;

X. Implementar ações que visem à redução dos custos com a manutenção no padrão de excelência da assistência Fisioterapêutica;

XI. Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico/científico através de reuniões mensais;

XII. Incentivar a participação dos profissionais de Fisioterapia em eventos científicos locais e nacionais;

XIII. Apresentar relatórios das atividades realizadas, bem como dos indicadores de qualidade e produtividade;

XIV. Executar e estimular pesquisas;

XV. Manter informada a equipe de Fisioterapia sobre decisões tomadas pela direção, cumprir e fazer cumprir o que for determinado;

XVI. Evitar distorções no serviço no que se refere à aplicação das normas institucionais, respeitando os princípios de igualdade, justiça, imparcialidade e impessoalidade nas decisões;

XVII. Autorizar trocas de plantões, controlar folgas, férias, licenças e atestados médicos dos profissionais de fisioterapia;

XVIII. Realizar recrutamento e seleções de profissionais de Fisioterapia para atuarem nas diversas áreas do Hospital;

XIX. Colaborar com a Direção do Hospital, visando melhorar, aperfeiçoar e desenvolver os trabalhos técnicos e administrativos;

XX. Manter, preservar e controlar equipamentos Fisioterápicos;

XXI. Solicitar manutenção e/ou compras de equipamentos Fisioterápicos nas áreas competentes e responsáveis;

XXII. Fazer cumprir a obrigatoriedade do uso do crachá durante jornada de trabalho;

XXIII. Manter o Núcleo de RH e de Nutrição sempre atualizado com o horário de trabalho dos Fisioterapeutas, bem como das alterações realizadas;

XXIV. Fornecer acesso às informações contidas no regimento interno de serviço, regulamento pessoal, aos membros da equipe de Fisioterapia;

XXV. Distribuir o profissional Fisioterapeuta dentro do Hospital De Urgências de Trindade, de acordo com a necessidade de cada setor, respeitando as limitações técnico-científicas de cada um, assim como provendo adequação às normas e recomendações vigentes;

XXVI. Avaliar e julgar junto com a direção as irregularidades cometidas pelo profissional dentro do Hospital de Urgências de Trindade;

XXVII. Supervisionar estágios curriculares na área de Fisioterapia e manter a continuidade da assistência e qualidade do serviço;

XXVIII. Solicitar pagamento de hora extra, quando assim necessário, para manter a continuidade da assistência e qualidade do serviço;

XXIX. Checar se os Procedimentos Operacionais Padrão e as atividades planejadas, organizadas e coordenadas estão sendo executadas;

XXX. Participar das comissões existentes, atividades desenvolvidas dentro do Hospital de Urgências de Trindade e/ou relacionados à Fisioterapia.

3.2.3 Implantação de Processos

3.2.3.1 Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos

Competências

a) Supervisionar, coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando- as dentro dos prazos estabelecidos;

b) Conferir a exatidão dos prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica, exames complementares e terapias;

c) Informar o corpo clínico e técnico-administrativo do Hospital sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo assim para a melhoria do sistema de faturamento;

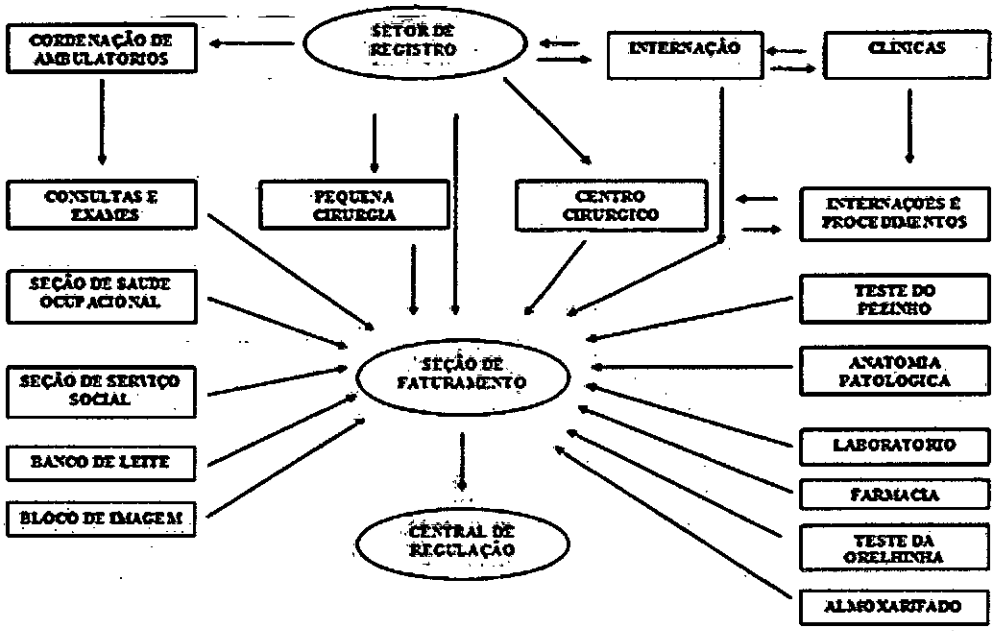
d) Elaborar planilhas dos laudos e enviar ao órgão da Saúde competente, para autorização das AIHs e/ou outros procedimentos;

e) Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação.

S. E. S.
Fls: 1293
6
Rubrica

FLUXOGRAMA

1302



3.2.3.2 Manual de Rotinas para Administração Financeira

Competências

a) Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

b) Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;

c) Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;

Fluxograma da Gerência Financeira

Início	
Setor interessado	Solicita compra e anexa descrição minuciosa do produto ou serviço solicitado.
Diretoria Administrativa	Encaminha para Gerência de Material efetuar o orçamento.
Gerência de Material	Faz pesquisa de preço e encaminha no mínimo 3 orçamentos e preço da última aquisição à Diretoria Administrativa.
Diretoria Administrativa	Encaminha levantamento de preços à Gerência Financeira.
Gerência Financeira	Identifica elemento de despesa e verifica a existência de orçamento para aquisição do pedido.
Gerência Financeira	Caso exista o orçamento reserva o valor previsto e informa à Diretoria Administrativa. Caso Negativo, informa a indisponibilidade à Diretoria Administrativa.
Diretoria Administrativa	Define modalidade de aquisição e solicita autorização à Superintendência.
Superintendência	Caso não autorize a aquisição a decisão deve ser informada à Gerência Financeira.
Superintendência	Caso autorize a aquisição encaminha a requisição à Gerência de Material
Gerência de Material ou CPL	Efetua a aquisição. A Gerência de Material efetua a emissão da Autorização de Fornecimento.
Gerência de Material	Encaminha processo de aquisição à Gerência Financeira.
Gerência Financeira	Através da Seção de Orçamento efetua a emissão de empenho.
Gerência Financeira	Após entrega do produto ou realização do serviço, através da Seção de Orçamento recebe nota fiscal do setor requisitante e efetua a liquidação da despesa.
Gerência Financeira	Através da Seção de Tesouraria efetua o pagamento da despesa e impostos correspondentes a despesa.
Gerência Financeira	Através da Seção de Orçamento arquiva processo com respectiva documentação que fica disponível para auditoria interna ou externa
FIM	

S. E. S.
Fls: 1294
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1303

Orçamento

Competências:

a) Gerenciar a execução orçamentária e financeira;

b) Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilização e a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;

c) Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária;

d) Examinar os pedidos de liberação de recursos, propondo, quando necessário, revisões e reajustes orçamentários;

e) Manter o controle das contas orçamentárias, dos enquadramentos legais, das liquidações contábeis e das conciliações contábeis e financeiras;

Tesouraria

Competências

b) Emitir relação das ordens bancárias externas com detalhamento de fornecedores e respectivos valores a serem pagos, de acordo com a programação financeira, para serem assinados pela Presidência do Instituto GERIR;

c) Efetuar recolhimentos de todos os impostos correspondentes, com emissão de correspondentes guias;

d) Elaborar Relatórios sobre o movimento financeiro;

e) Emitir Guia de Recolhimento da União para fins de depósitos bancários;

3.2.3.3 Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio

Organograma do Setor de Almoxarifado Central

Competências do Serviço de Almoxarifado

a) Planejamento e controle do estoque de materiais padronizados: Médico Hospitalares, laboratoriais, expediente/informática, manutenção, tecidos, lavanderia, descartáveis em geral, gases medicinais e outros estocáveis.

b) Receber os materiais adquiridos, certificando/conferindo a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/Razão Social da Empresa fornecedora, através da AF/empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar conforme a especificação técnica descrita na AF/empenho;

c) Manter estoque mínimo de Materiais Médico-Hospitalares junto à Central de Kits (extensão do Almoxarifado), para atendimento das Unidades Clínicas diariamente, via Prescrição Diária Médica e de Enfermagem por paciente;

d) Realizar mensalmente, inventários/conferências dos materiais em estoque e balancetes físico contábil e encaminhar para as instâncias competentes

e) Acompanhar/Supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais adquiridos junto aos Fornecedores e montar/Instruir processo e encaminhar ao Instituto GERIR.

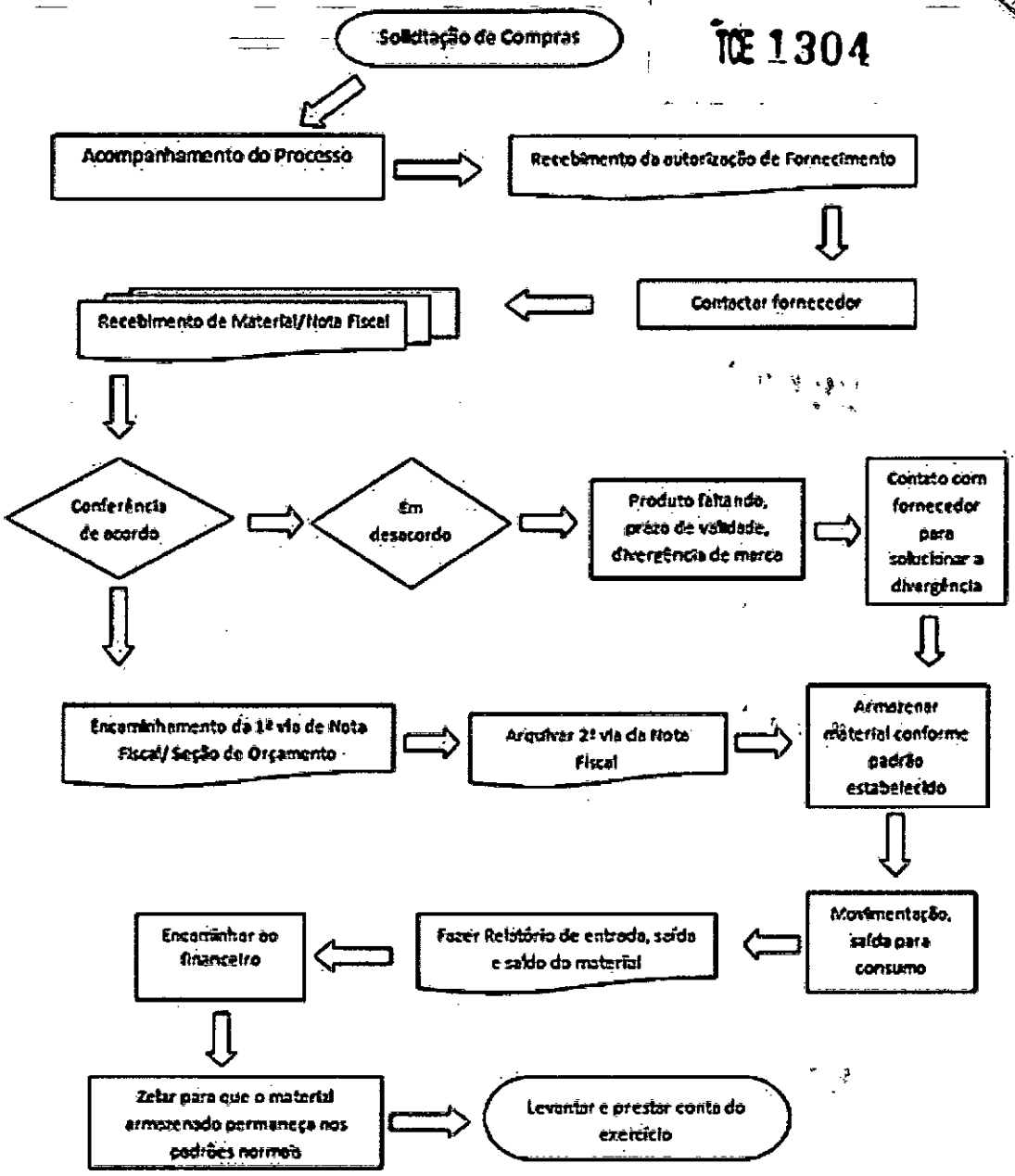
f) Providenciar a confecção ou aquisição de formulários e impressos padronizados pelo Instituto GERIR, com acompanhamento do consumo dos mesmos;

GERIR

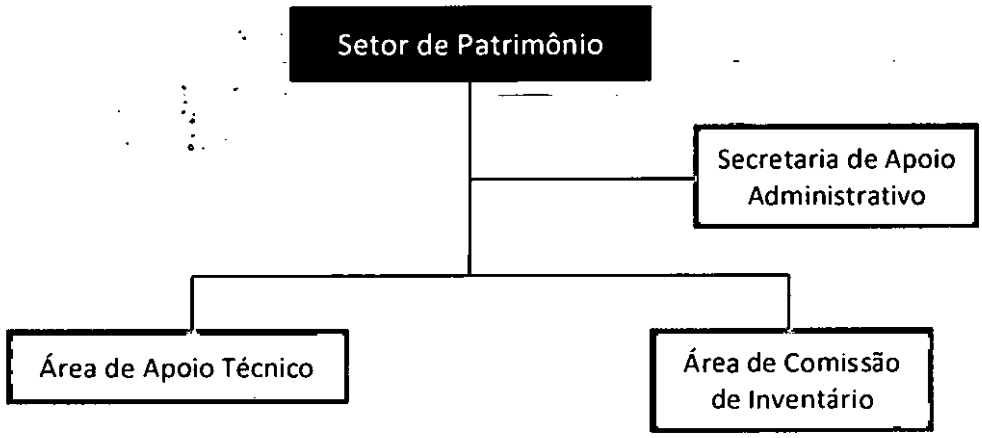
S. E. S
Fls: 1295
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

FLUXOGRAMA DO ALMOXARIFADO CENTRAL

TCE 1304



Organograma do Serviço de Patrimônio



Competências do Serviço de Patrimônio

a) Compete a seção de patrimônio a coordenação, supervisão, fiscalização, recebimento e controle de todos os bens móveis.
b) Efetuar as atividades relativas ao tombamento, registro, controle, movimentação, inventários físico contábil, baixa, incorporação de bens móveis permanentes e equipamentos.
c) Promover, periodicamente, a reavaliação do ativo permanente distribuído ao setor;
d) Propor e instruir processos, com encaminhamentos à Gerência de Material e Direção, dos materiais permanentes para possíveis baixas, leilões ou doações;
e) Receber e conferir se os materiais adquiridos entreguem à Seção de Patrimônio, estão de acordo com a especificação, constante na Autorização de Fornecimento, solicitando substituição imediata (definir prazo) dos que forem entregues em desacordo.
f) Informar a unidade solicitante e/ou técnico de manutenção sobre o recebimento do material adquirido, para inspeção e entrega ao requisitante;
g) Encaminhar os materiais e equipamentos para conserto providenciando a documentação necessária, embalagem e meio de transporte adequados, liberação de documentos através de Exatoria para locomoção dos equipamentos.
h) Acompanhar rigorosamente o prazo limite para recebimento dos materiais adquiridos, especificadas nas Autorizações de Fornecimentos.
i) Efetuar e cobranças ao fornecedor inadimplentes, notificando os, para o cumprimento/efetivação da entrega dos produtos;

Acompanhar a elaboração dos contratos de comodatos, cessão de uso, doação de equipamentos.

S.E.S
Fls: 1296
Rubrica

TCE 1305

PROPOSTA TÉCNICA
VOLUME II

TÍTULO:

PROPOSTA TÉCNICA PARA O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE WALDA FERREIRA DOS SANTOS - HUTRIN,** CONFORME **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº003/2013.**

GERIR
Instituto de Gestão em Saúde

GERIR

S.E.S. Fls: 1297 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

ÍNDICE

VOLUME II TC 1306

4. ÁREA DE QUALIDADE..... 05

4.1 Qualidade Objetiva..... 07

4.1.1 Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde: Comitê de Qualidade.. 07

4.1.1.1 Apresentação..... 07

4.1.1.2 Justificativa..... 09

4.1.1.3 Objetivo..... 13

4.1.1.4 Operacionalização..... 14

4.1.1.5 Regimento Interno..... 15

4.1.2 Comissões Técnicas..... 18

4.1.2.1 Comissão de Controle da Infecção Hospitalar – CCIH..... 20

4.1.2.2 Comissão de Ética Médica..... 37

4.1.2.3 Comissão de Ética de Enfermagem..... 46

4.1.2.4 Comissão de Ética Multidisciplinar..... 52

4.1.2.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários..... 56

4.1.2.6 Comissão de Verificação de Óbitos..... 65

4.1.2.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e Serviço..... 72

4.1.2.8 Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal..... 84

4.1.2.9 Comissão de Gerenciamento de Riscos..... 90

4.1.2.10 Comitê Transfusional..... 99

4.1.2.11 Comissão de Farmácia e Terapêutica..... 103

4.1.2.12 Comissão de Gerenciamento de Resíduos..... 112

4.1.2.13 Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional..... 203

4.1.2.14 Programa de Residências Médica e Multiprofissional..... 206

5. METAS E INDICADORES DE DESEMPENHO..... 208

5.1 Indicadores em Saúde..... 211

5.2 Indicadores e Parâmetros para o Estabelecimento de Metas..... 212

5.3 Plano de Metas de Produção..... 216

S.E.S. Fls. 1298 Rubrica

4. ÁREA DE QUALIDADE

TCE 1307

A incessante busca às adaptações vivenciada por instituições de saúde visa contemplar às atuais necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente, onde incrementos relacionados à melhoria da qualidade dos serviços prestados constituem, hoje, fatores primordiais à adequada prestação de serviços à saúde. A melhoria da qualidade dos serviços prestados estabelece o meio através do qual é possível alcançar atendimento de excelência. A procura por novos modelos assistenciais e diferentes formas de gestão, visam alcançar resultados apropriados à otimização de recursos, desenvolvimento do cuidado humanizado, e garantia da melhoria do serviço oferecido. Nesse contexto, o programa de Acreditação Hospitalar fornece uma possibilidade de originar mudanças no cenário atual, debilitado pelo modelo tecnicista de atendimento. O novo processo de qualidade traz transformações de hábitos, de valores e de comportamentos, impõe aos sujeitos envolvidos a quebra do cuidado mecanizado, bem como fomenta um ambiente organizacional de excelência.

Nos últimos anos, não só no Brasil mais em vários outros países é possível observar uma grande mobilização relacionada à implementação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, visando melhorar seu gerenciamento e aumentar a eficiência destes serviços.

Atualmente a maioria das instituições hospitalares propõe estabelecer uma gestão por processos (conjunto de atividades realizadas com um propósito determinado) como modo de superar problemas quanto a ineficácia, a ineficiência, má produtividade, dentre outras. A avaliação e o gerenciamento desses processos se dão através de indicadores coletados na própria instituição.

A organização hospitalar é considerada uma das mais complexas, tanto pela amplitude de sua missão, quanto pela composição por uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia para realizar a assistência preventiva, curativa e reabilitadora a pacientes internados, tornando-se essencial um ambiente qualificado.

A qualidade se conceitua como um processo dinâmico, de constante e exaustiva operação, que visa identificar falhas na prática, e permanentemente buscar meios para solucioná-las. A melhoria contínua da qualidade impõe progressivamente os padrões, que se resulta de estudos e metas da instituição, buscando o aperfeiçoamento das atividades realizadas em âmbito hospitalar.

Uma gestão de qualidade se preocupa com os custos e gastos, mas ao mesmo tempo antecipa-se aos prováveis defeitos e reclamações através da execução de medidas necessárias e eficazes para atingir os padrões almejados. O trabalho e o espírito em equipe se tornam totalmente necessário para o sucesso dessa gestão.

Os cenários de insatisfação associados com a má qualidade na prestação de serviços influenciaram a criação de um padrão de qualidade. Tal processo é definido como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao usuário, alto grau de aceitação por parte dos clientes e efeito favorável na saúde, nesse contexto instituiu-se no Brasil a Organização Nacional de Acreditação – ONA.

A acreditação é um procedimento voluntário, periódico, reservado e sigiloso que avalia recursos institucionais e objetivos para garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Esses padrões podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, o que define diferentes níveis de qualificação.

Devido ao complexo trabalho no âmbito hospitalar, existem obstáculos para a execução da política de qualidade em saúde. Nessa área torna se visível o fato de que a realização de procedimentos padronizados vai ao encontro da variabilidade da produção e dos seus produtos.

Faz se necessário então à avaliação dos indicadores de produtividade e da qualidade, visando à melhoria do desempenho de processos hospitalares e estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, seja eles recursos humanos, materiais ou físicos.

S. E. S. Fls: 1299 Rubrica

Na busca pela excelência, o Instituto de Gestão em Saúde - GERIR constituiu o Núcleo da Qualidade (NQ), que atuará com intento de garantir a qualidade assistencial através da obediência a padrões previamente estabelecidos além de implementar uma abordagem com um eficiente conteúdo educativo, capaz de influenciar num processo de reflexão sobre a prática profissional voltada a padrões de excelência de desempenho, fazendo com que a equipe perceba e atue sobre os problemas, realizando as devidas correções dos processos de todos os setores da instituição.

Além de discutir e elaborar propostas de trabalhos relacionados à estruturação e execução do programa de qualidade, o NQ, disponibilizará meios de absorção, desenvolvimento e disseminação do programa de qualidade. Isso tudo assegurando a uniformidade de conceitos e métodos, coerentes com a filosofia da qualidade.

Outro objetivo do NQ é contribuir para o processo de Acreditação Hospitalar das unidades administradas pelo GERIR, pois ele é o responsável por diagnosticar o desempenho dos processos em cada setor. Inclui tanto o cuidado direto para com o paciente quanto o de natureza administrativa, e designa as oportunidades de aperfeiçoamento e as não conformidades que contrariam o processo de Acreditação.

4.1. Qualidade Objetiva:

A Qualidade Objetiva está orientada a obter e garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes no Hospital.

4.1.1 Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde: Comitê de Qualidade

4.1.1.1 Apresentação

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a **qualidade**. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de desempenho nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários fazem-se de forma humanizada; e satisfazem às expectativas dos usuários (Dlugacz, Restifo & Greenwood (2004).

O **Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar,** desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria-GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995. A Portaria GM/MS n.º 538, de 17 de abril de 2001 reconhece a Organização Nacional de Acreditação, ONA, como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar.

A organização hospitalar é considerada um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligada, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, neste processo, não se avalia um setor ou departamento isoladamente.

O processo de acreditação hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos.

Considerando que o estabelecimento prévio de padrões a serem atingidos pelos hospitais é condição indispensável para o desenvolvimento de programas de acreditação o **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial destas instituições de forma sistêmica e global.

Considerando a necessidade de adotar medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN**, o presente projeto terá como linhas norteadoras as diretrizes contidas nas normas brasileiras aprovadas pelo Ministério da Saúde para Acreditação Hospitalar.

A missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes da forma mais adequada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa.

S. E. S.
Fls: 1300
Rubrica

Os incrementos na eficiência e eficácia nos processos de gestão são necessários para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio.

O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante de esforços do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Desde 1997, o Ministério da Saúde vem persistentemente investindo em palestras de sensibilização, na criação e consensos de padrões e níveis de qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. O desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético.

4.1.1.2 Justificativa

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde consolida-se a partir de seus cinco componentes:

- Os Pontos de Atenção à Saúde. Em um hospital existem vários pontos de atenção: Pronto Socorro; Centro Cirúrgico, UTI, Unidades de Internação;
- O Centro de Comunicação localizado na Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção às Condições Crônicas e no Complexo Regulador nas Redes de Atenção às Condições Agudas;
- Os Sistemas de Apoio que aportam a Assistência Farmacêutica, o Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Informação em Saúde;
- Os Sistemas Logísticos que aportam o Cartão de Identificação dos Usuários, Prontuário Eletrônico, Central de Regulação e Sistema de Transporte Sanitário;
- O Sistema de Governança.

Os Pontos de Atenção à Saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

As mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços de saúde objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe de saúde;
- Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência;
- Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas;
- Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde;
- Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

A melhoria da saúde das pessoas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focados na promoção e na manutenção da saúde. Isso exige não somente determinar que atenção à saúde é necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada e planejada. Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. A alfabetização sanitária e a sensibilidade cultural são dois conceitos emergentes centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias.

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam de ser discutidas com as pessoas usuárias de forma a que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada.

S.E.S.
Fls: 1301
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Os profissionais de saúde devem ser permanentemente educados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional e permitam mudar os comportamentos desses profissionais. Para mudar as práticas, as diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, alertas e *feedbacks* ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas e a organização dos hospitais como suporte às equipes de Atenção Primária à Saúde, para o cuidado das pessoas portadoras de patologias de maiores riscos ou complexidades, são fundamentais.

A atenção efetiva é virtualmente impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados-chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente. Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias provendo alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os serviços necessários e sumarizando dados que facilitem a elaboração dos planos de cuidado. No âmbito populacional, o sistema de informação clínica deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas de atenção à saúde, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema e dos esforços em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados.

O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de co-responsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado não começa e termina com uma aula. Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos Sistemas de Atenção à Saúde.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determina, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde.

Os serviços hospitalares, que se beneficiam de economias de escala, devem ser concentrados, pois são recursos mais escassos e em relação as quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, na medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativos aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde.

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais. E revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala tornarão importantes em hospitais de mais de 650 leitos (Aletras, Jones e Sheldon, 1997).

Outro fator importante para o desenvolvimento da instituição hospitalar é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados.

Portanto, o desenho de redes de atenção à saúde faz-se, sobre os territórios sanitários, combinando, dinamicamente, de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos.

Na construção de Redes de Atenção à saúde devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados às cadeias produtivas.

S.E.S. Fls: 1302 Rubrica

A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva, e dessa forma, obter ganhos de escala e, consequentemente, maior produtividade.

A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor.

No desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde e como consequência nas instituições hospitalares os dois conceitos se aplicam.

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, se faz por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, ao reduzir a um só alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a concorrência entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma a que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá também, na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade.

Estas diretrizes e o processo para Acreditação Hospitalar, Certificação de Qualidade, reforçam e justificam a necessidade de implementar no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**, o Projeto de **Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde.**

4.1.1.3 Objetivo

Adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pelo **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**, através dos padrões previamente estabelecidos pela Política de Acreditação e buscar oportunamente pleitear o Título de Hospital Acreditado pela ONA.

4.1.1.4 Operacionalização

Estabelecer como linhas norteadoras as diretrizes contidas nas normas brasileiras aprovadas pelo Ministério da Saúde para Acreditação Hospitalar.

Implantar o **Comitê de Qualidade** no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN,** conduzindo um processo permanente da disseminação da cultura da Qualidade e na promoção de medidas para Acreditação Hospitalar.

O Comitê de Qualidade deverá:

- Assegurar que a Política da Qualidade seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis do hospital;
- Assegurar que todos os procedimentos e instruções relativas à Politica de Acreditação sejam cumpridos dentro dos padrões estabelecidos em todos os setores;
- Sugerir ações de melhoria;
- Elaborar o planejamento anualmente.

O Planejamento do Comitê de Qualidade deve aportar programas de melhoria da capacidade institucional nas seguintes áreas da Unidade:

I – Serviços Profissionais e Modelo Organizacional para as atividades Assistenciais;

II – Serviços de Atenção ao Paciente e apoio às famílias;

III – Serviços de Apoio ao Diagnóstico;

IV – Serviço de Apoio Técnico e Logística;

V – Serviço de Apoio Administrativo e Infraestrutura;

VI – Ensino e Pesquisa;

VII – Liderança e Modelo Organizacional das atividades de Administração;

VIII – Produtividade das áreas assistenciais e administrativas;

IX – Acompanhamento de Custos;

X – Informatização das áreas assistenciais e administrativas;

XI – Novos Produtos e Parcerias;

XII – Qualidade Assistencial e Gerencial.

S. E. S.
Fls: 1303
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

4.1.1.5 Regimento Interno

Comitê de Qualidade do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

ARTIGO 1º

Considerando o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995 e a necessidade de Implantar o Comitê de Qualidade para desenvolver estratégias e adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pela Instituição através dos padrões previamente estabelecidos pela Política de Acreditação e buscar em futuro próximo pleitear o Título de Hospital Acreditado pela ONA.

CAPÍTULO II - DO OBJETIVO

ARTIGO 2º

Implantar o Comitê de Qualidade **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** conduzindo um processo permanente da disseminação da cultura da Qualidade e na promoção de medidas para Acreditação Hospitalar.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

ARTIGO 3º

1. Assegurar que a Política da Qualidade seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis da instituição;
2. Avaliar e aprovar as decisões do Comitê da Qualidade;
3. Assegurar que todos os procedimentos e instruções relativas à Politica de Acreditação sejam cumpridos dentro dos padrões estabelecidos em todos os setores;
4. Sugerir ações de melhoria;
5. Elaborar o planejamento anualmente.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

ARTIGO 4º

1. O Comitê de Qualidade estará subordinado a Direção Geral do **HUTRIN** e será composto por representantes das Unidades dos Colegiados Técnicos, Diretor Administrativo, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem e Responsável da qualidade no hospital.
2. O Comitê de qualidade será representado pelo Presidente que terá mandato de dois anos, a partir da data da nomeação, podendo ser reeleito.

Parágrafo 1º: O perfil para ocupar o cargo: Profissional de nível superior com especialização voltada á gestão da qualidade.

Parágrafo 2º: Em caso de férias e afastamento do presidente, o cargo será assumido pelo Vice Presidente. No caso de afastamento do Vice Presidente será realizada a indicação por parte do Presidente de um dos membros do Comitê.

CAPÍTULO V- DAS ATRIBUIÇÕES

ARTIGO 5º

Compete ao Presidente:

1. Representar o grupo interna e externamente à Instituição;
2. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
3. Articular o Comitê com as Comissões Técnicas;
4. Prestar contas das atividades do Comitê anualmente.

Compete ao Vice Presidente:

1. Auxiliar os trabalhos da presidência;
2. Receber, organizar e distribuir as correspondências;
3. Secretariar as reuniões e elaborar as atas.

CAPÍTULO VI - DAS REUNIÕES

ARTIGO 6º

1. O Comitê de Qualidade se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.

S. E. S
Fls: 1304
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

2. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas.

3. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 7º

Considerando que a Acreditação Hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos e,

Considerando a adoção pelo Ministério da Saúde do "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar", que estabelecem os itens a serem avaliados, de forma explícita e objetiva, no desenvolvimento do processo de Acreditação, e Considerando a existência da Organização Nacional de Acreditação – ONA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, integrado por entidades de caráter nacional, representando entidades prestadoras de serviço de saúde, compradoras de serviços de saúde e privadas que se pautam por princípios que regem o direito público, que tem por objetivo geral a promoção e o desenvolvimento do processo de Acreditação no país.

Parágrafo único: Reconhecer a Organização Nacional de Acreditação – ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil.

ARTIGO 8º

1. Os membros do Comitê têm assegurado o livre trânsito em todas as dependências do hospital, independente de autorização prévia, desde que esta atitude implique em trabalhar ações relacionadas na busca da qualidade hospitalar.

2. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Qualidade, por metade mais um dos votos.

3. Este regimento deverá ser aprovado por metade mais um dos membros do Comitê de Qualidade e encaminhado à Diretoria do Hospital para homologação.

ARTIGO 9º

O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

Cronograma de Atividade Anual

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões de Planejamento	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Criação do Comitê de Qualidade		■										
Reuniões mensais do Comitê			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Apresentação de relatórios				■			■		■			■
Visitas: orientações para Acreditação Hospitalar				■				■				■
Diagnóstico Situacional												■

4.1.2 Comissões Técnicas

Apresentação

As Comissões Técnicas representam ferramentas gerenciais importantes no desenvolvimento técnico de uma Unidade Hospitalar e são formadas visando estabelecer políticas e padrões de funcionamento de diversas áreas.

As comissões com focos temáticos podem ser permanentes e devem ter também como **objetivo** estudar, analisar, opinar, assessorar e emitir parecer sobre matéria que lhe for atribuída, obedecendo às diretrizes traçadas pela Diretoria Geral.

O **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**, como já descrito anteriormente, já possui algumas Comissões Técnicas em funcionamento, porém a presente Proposta de Trabalho pretende estabelecer e ou reorientar o funcionamento das Comissões Técnicas Permanentes na organização do hospital.

Buscando contemplar o disposto no Instrumento de **Chamamento Público nº 003/2013** serão apresentadas a seguir a descrição de todas as Comissões Técnicas que o **Instituto GERIR** buscará implementar (as já existentes) e, também, aquelas que pretende implantar no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**.

O **HUTRIN** deverá dispor das seguintes comissões técnicas:

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Ética Médica e de Enfermagem e Multidisciplinas;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e SESMT;
- Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
- Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Comitê Transfusional;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
- Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional.

As Comissões serão constituídas e registradas em Ata de Constituição:

Ata de Instalação da Comissão.....
Ata número .....da reunião realizada aos ..... dias do mês de.....do ano de..... no **HUTRIN**, com a presença .....tendo como pauta a Instalação da Comissão..... . Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião ..... da qual eu, ..., na qualidade de secretário(a), lavrei a presente ata, que dato e assino, após ser assinada pelos demais membros.

4.1.2.1 Comissão de Controle da Infecção Hospitalar - CCIH

Descrição da Finalidade

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é uma das mais importantes comissões para o ambiente hospitalar, está intimamente ligada a todos os setores da estrutura e representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas na assistência.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como finalidade promover as ações necessárias, a serem desenvolvidas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções **no Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.**

A proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do **HUTRIN,** vai se basear em três ações principais: Normativa, Vigilância Epidemiológica e Educativa.

Na Ação Normativa, são fortalecidos os princípios e as regras a serem seguidos por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades no hospital no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar.

Na Vigilância Epidemiológica, os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, os profissionais da CCIH podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares, e qual é a população de maior risco. Com os dados transformados em informações, a CCIH propõe medidas que visam minimizar o problema.

As Ações Educativas constituirão a terceira forma de atuação da CCIH. Os profissionais estarão em constante atualização e ou capacitação, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão verificar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito hospitalar.

S. E. S.
Fls: 1306
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, a difusão e multiplicação dos novos conhecimentos para os outros profissionais do hospital, através de palestras, cursos, seminários, oficinas ou comunicação impressa. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões e o contato diário com os demais profissionais do hospital, quando as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

Ainda serão responsabilidades da CCIH a padronização e controle do uso de antimicrobianos, a investigação de surtos de infecção hospitalar, bem como elaborar, implementar e avaliar o **Programa de Controle de Infecções Hospitalares**, o qual constará dos seguintes itens:

1- Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa de casos de infecção no hospital;

2 - Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções hospitalares;

3 - Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;

4 - Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;

5 - Realização de estatísticas de infecção hospitalar e divulgação de dados nos setores hospitalares e para a Gestão Estadual de Saúde;

6 - Avaliação periódica dos índices de infecção e tomada de medidas de controle.

Atribuições Gerais

- Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:
- Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitar os recursos humanos da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

- Fazer uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores de CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar e articular com as Comissões Técnicas do HUTRIN, com prioridade: Comitê de Qualidade; Comissão de Ética Médica e Enfermagem; Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único; Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

S. E. S.
Fls: 1307
Rubrica
DEPTO DE LICITAÇÃO

- Fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar a Gestão Estadual do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária da Gestão Estadual do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Constituição Básica

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN** representa o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e são os responsáveis pela execução das ações de controle de infecção no estabelecimento de saúde, devendo atender a lei nº. 9.431 de 06 de Janeiro de 1997, Portaria Nº. 2616 do Ministério da Saúde de 12 de Maio de 1998 e Instrução Normativa nº. 04 de 24 de fevereiro de 2010. Um dos membros, preferencialmente, deve ser o enfermeiro. Devem possuir carga horária diária específica para a execução dessas atividades e Ato de Constituição e Nomeação da CCIH pelo Diretor Geral.

Desta forma a CCIH será composta, no mínimo, dos seguintes membros:

1. Diretor (a) Geral;
2. Diretor (a) Administrativo;
3. Gerente de Enfermagem;
4. Farmacêutico (a);
5. Bioquímico (a);
6. Infectologista.

Perfil do Cargo

A CCIH será presidida por um dos representantes da própria comissão indicado pelo Diretor Geral do Hospital.

Os membros executores constituem o serviço de infecção hospitalar devendo o Chefe possuir as seguintes qualificações:

- Médico com especialização em Moléstias Infecciosas de preferência com especialização em administração hospitalar.

Regimento Interno

CAPÍTULO I - DA CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, doravante denominada sob a sigla de CCIH, do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 (Portaria no 2616/GM de 12 de maio de 1998) e instrução normativa n°4, de 24 de fevereiro de 2010.

Artigo 2º - A CCIH tem por finalidade o desenvolvimento do programa de controle de infecções hospitalares.

Parágrafo 1º - Considera-se programa de controle de infecções hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas á redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Parágrafo 2º - Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização, e não estiver relacionada ao período de incubação de infecção de origem comunitária.

Parágrafo 3º - A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção hospitalar, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções hospitalares.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I

ESTRUTURA

Artigo 3º - A estrutura da CCIH compreende:

I – Grupo Executor;

II – Grupo Consultor.

Artigo 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável á eficiência da CCIH, a Direção, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

S. E. S.
Fls: 1308
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Artigo 5º - Os membros executores são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela Comissão.

SEÇÃO II

COMPOSIÇÃO DO GRUPO EXECUTOR DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 6º - O Grupo Executor terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes.

Artigo 7º - O Grupo executor é órgão executivo da CCIH.

Composição do Grupo Executor:

Parágrafo Único - As indicações serão de técnicos e profissionais especializados em controle de infecção hospitalar e, representantes de nível superior dos Serviços e Coordenações envolvidas diretamente no referido programa, com experiências anteriores em controle de infecção hospitalar.

Artigo 8º - As indicações para integrar a CCIH serão apresentadas à coordenação executiva do **INSTITUTO GERIR.**

Parágrafo 1º - O Presidente e o Vice-Presidente da CCIH serão indicados e designados pela Diretoria do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.**

Parágrafo 2º - O Presidente e o Vice-Presidente serão membros natos da CCIH.

SEÇÃO III

COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE CONSULTORES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 9º - Os integrantes do Grupo de Consultores serão escolhidos pela Direção, sendo estes profissionais representantes dos Serviços e Coordenações envolvidos no referido programa.

SECÇÃO IV

FUNCIONAMENTO

Artigo 10º – A CCIH terá como sede uma sala do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** onde o grupo executor reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por semana e extraordinariamente quando convocada pela Diretoria do Hospital, coordenador ou a requerimento de um de seus membros.

Parágrafo 1º - As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas em forma de documentos de circular interna, quando estiverem relacionados à criação e ou alterações nas normas e rotinas.

Parágrafo 2º - Os treinamentos para as diversas categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados em forma de documentos de circular interna as chefias de Serviços/Coordenações que deverão ser responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe ao mesmo.

Artigo 11º- A CCIH observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 12º - A sequência das reuniões da CCIH será a seguinte;

I - verificação da presença do Presidente;

II - assinatura da Ata da reunião anterior;

III – leitura dos informes com discussão e votação dos temas: normas e padronizações, organização de campanhas, treinamentos e manuais, discussão de problemas que possam intervir na realização dos trabalhos e despacho do expediente;

IV - organização da pauta da próxima reunião;

V - ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI - distribuição de tarefa aos membros;

VIII - comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo 1º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequencia estabelecida neste artigo.

Parágrafo 2º Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Parágrafo 3º A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

S. E. S. Fls. 1309 6 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Artigo 13º - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Artigo 14º - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 15º - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Artigo 16º - À CCIH compete:

I. Estabelecer diretrizes para o desenvolvimento do programa de controle de infecção hospitalar, no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.**

a. Controle de MRSA;

b. Prevenção de transmissão aérea;

c. Treinamento em Serviço dos profissionais do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.**

II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções hospitalares;

III. Elaborar programa de controle das infecções hospitalares com projetos de pesquisa multidisciplinares na linha de infecções hospitalares em pacientes crônicos;

IV. Realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado;

V. Elaborar, rever e atualizar normas, que visem a uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções hospitalares;

VI. Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;

VII. Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;

VIII. Elaborar normas para promover educação do pessoal do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** na área de infecção hospitalar;

IX. Elaborar e divulgar relatórios contendo, no mínimo as seguintes informações, por serviço e referente a todo **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN:**

a. densidade de incidência de infecção hospitalar por clínica;

b. densidade de infecção hospitalar por procedimentos de risco selecionados pela Comissão de Controle de Infecção-Hospitalar;;

c. estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;

d. Taxa de consumo de antimicrobianos;

X. Elaborar semestralmente, relatório: coeficiente de sensibilidade /resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções hospitalares, e aos antimicrobianos padronizados;

XI. Promover medidas de contenção de surtos infeciosos que venham a ocorrer no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** (área de internação e ambulatorial), propondo medidas a serem executadas;

XII. Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir a infecção hospitalar;

XIII. Supervisionar, na Central de Material e Esterilização (CME), as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da mesma;

XIV. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção hospitalar;

XV. Estabelecer normas referentes à problemática de infecção hospitalar nos setores de manutenção de equipamentos, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, esgoto, ar condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, desinfecção e esterilização;

XVI. Examinar, proceder e monitorar a adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções hospitalares;

XVII. Propor, em conjunto com o Serviço de Vigilância em Saúde, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**;

XVIII. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

Art. 17º - Ao Diretor do Hospital compete:

I. Constituir formalmente a CCIH.

II. Nomear os componentes da CCIH por meio de portaria.

S. E. S.
Fls. 1310
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH.

IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH.

V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**, e demais comissões envolvidas diretamente ou indiretamente no referido programa.

VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Regional de Controle de Infecção Hospitalar.

VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

VIII. Fomentar a educação permanente e a capacitação dos recursos humanos do hospital.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - Ao Presidente atribui dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

I - representar a CCIH em suas relações internas e externas;

II - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

III - promover a convocação das reuniões;

IV - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V - indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VIII - promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.

Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 19º - Aos membros da CCIH atribui:

I - estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;

II - comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III - requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Artigo 20º - À Secretária da CCIH atribui:

I - assistir as reuniões;

II - encaminhar o expediente da CCIH;

III - preparar o expediente da CCIH;

IV - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V – providenciar a confecção de documentos de circular interna e externa expedidos pela CCIH, e distribuição a Direção e demais serviços, setores e coordenações;

VI - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII – transcrever o relatório trimestral das atividades da Comissão;

VIII - lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X - distribuir aos Membros da CCIH a pauta das reuniões;

XI – organizar dados e arquivos.

COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE CONSULTORES

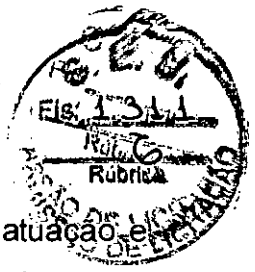
Artigo 21º- Competências gerais dos Consultores:

I - Participar das reuniões da CCIH;

II- Articular-se com o grupo executor observando as diretrizes traçadas por este, para a ação de controle das infecções hospitalares no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.**

III - Implementar no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** o programa de controle das infecções hospitalares adotados pela CCIH;

IV- Articular-se com o Grupo Executor, no sentido da atualização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle das infecções hospitalares;



V- Estender todas as decisões tomadas nas reuniões às áreas de atuação e outras que tenham atividades subsidiárias ou complementares á vida funcional do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**;

VI- Emitir relatório para a CCIH quando da ocorrência de situações problema dentro da área de sua competência.

Artigo 22º- Competências específicas dos Consultores:

Representante da Direção:

I. Contribuir para manter o Diretor Geral, no que diz respeito às ações de prevenção e controle das infecções hospitalares;

II. Colaborar com a CCIH na implantação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Representante do Setor de Biossegurança:

I. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em Biossegurança;

II. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas de Biossegurança visando a prevenção das infecções hospitalares;

III. Monitorar a qualidade do ar, através de medição microbiológica, nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde e quando indicada pela CCIH.

Representante do Serviço de Farmácia:

I. Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos adotadas;

II. Auxiliar no monitoramento do programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas, em cooperação com o Grupo Executor;

III. Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos e informar à CCIH;

IV. Comunicar diariamente à CCIH a falta de antimicrobianos, esterilizantes e germicidas padronizados;

V. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas;

VI. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares;

VII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores da Farmácia.

Representante do Serviço de Monitoramento de Custos:

I. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico administrativas visando o monitoramento de custos na prevenção/tratamento das infecções hospitalares.

Representante do Serviço de Vigilância em Saúde:

I. Contribuir na implantação e manutenção do sistema de vigilância epidemiológica, definido pela CCIH;

II. Avaliar e monitorar, periodicamente e sistematicamente, o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

III. Contribuir na investigação e controle de surto de infecção hospitalar, emitindo parecer;

IV. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

Representante do Serviço de Metodologia Epidemiológica:

I. Auxiliar na escolha e orientação quanto à formulação dos desenhos de estudos epidemiológicos realizados pela comissão executora em seus estudos;

II. Organizar arquivos de dados sobre a utilização de antimicrobianos no hospital que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

III. Organizar arquivos de dados sobre os microorganismos e seu perfil de suscetibilidade antimicrobiana que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

IV. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

Representante da Central de Esterilização:

I. Estabelecer as normas e rotinas da Central de Material e Esterilização;

II. Estabelecer as rotinas do processo de validação da esterilização, mantendo os registros continuamente atualizados;

III. Apresentar mensalmente à CCIH dados relativos ao acompanhamento da Monitorização da esterilização;

IV. Comunicar à CCIH as falhas nos equipamentos de esterilização, verificadas pela manutenção preventiva ou corretiva;

V. Responsabilizar-se pela manutenção da qualidade e controle do processo de esterilização;

VI. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas na Central;

VII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática do destilador da Central de Material.

Representante do Serviço de Microbiologia:

I. Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para coleta de material para exames microbiológicos;

II. Validar todas as técnicas utilizadas para o isolamento, identificação e testes de suscetibilidade dos microorganismos;

III. Responsabilizar-se pelo funcionamento adequado do sistema automatizado de isolamento, identificação e teste de suscetibilidade dos microorganismos, e valida-lo;

IV. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para isolamento e identificação dos microorganismos;

V. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade dos antimicrobianos;

VI. Organizar arquivos de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

VII. Produzir e emitir diariamente para a CCIH o relatório de todos os microorganismos identificados.

VIII. Comunicar à CCIH e a supervisora de enfermagem, diariamente, o crescimento de bactérias multi-resistentes em material clínico;

IX. Auxiliar na identificação de possíveis surtos.

Representante do Serviço de Manutenção e Atividades Gerais:

I. Contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza hospitalar, bem como do controle de vetores;

II. Contribuir para monitorar e adequar o descarte e fluxo de material contaminado dentro do hospital;

III. Contribuir para monitorar a qualidade da roupa hospitalar;

IV. Contribuir para a adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;

V. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a minimizar a dispersão de poeiras durante as atividades de engenharia;

VI. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a manter a qualidade do ar nos diferentes ambientes do Hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;

VII. Responsabilizar-se pela limpeza sistemática dos reservatórios e distribuidores de água;

VIII. Contribuir na coleta mensal de água dos prédios, e semestralmente dos reservatórios para estudo microbiológico;

IX. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e troca de filtros dos aparelhos condicionadores de ar, conforme recomendações do Ministério da Saúde;

X. Responsabilizar-se pelo adequado funcionamento das autoclaves e de destiladores através da manutenção preventiva ou corretiva.

Representante do serviço de Engenharia:

I. Notificar formalmente e antecipadamente à CCIH sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que se prevê a produção de pó ou poeira;

II. Responsabilizar-se por produzir mecanismos que impeçam a dispersão de poeira durante os procedimentos de engenharia;

III. Contribuir pela manutenção da qualidade do ar nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;

IV. Solicitar formalmente e antecipadamente à CCIH parecer técnico sobre qualquer procedimento de construção garantindo adequação das medidas de controle de infecção hospitalar;

V. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

Representantes das Coordenações de Internação, Ambulatório e Laboratório:

I. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar.

II. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a respectiva Coordenação.

S. E. S.
Fls: 1313
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1322

Representante do Serviço de Enfermagem:

I. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar.

II. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares.

III. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas nas unidades clínicas e central de material.

IV. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores do setor.

V. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**

VI. Monitorar, sempre que necessário, a qualidade da água do sistema de tratamento da hemodiálise quanto à presença de microorganismos e endotoxina; bem como o funcionamento das máquinas de diálise.

Representante do Serviço de Orçamentação e Administração de Material:

I. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para o **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos, HUTRIN.**

II. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS, MANDATO, REUNIÃO.

Artigo 23º - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a seis reuniões consecutivas ou intercaladas no período de um ano.

Artigo 24º - As funções dos membros da CCIH poderão ser remuneradas, por verbas de projetos de pesquisa ou outras fontes, por se tratar de um serviço relevante para o **HUTRIN**, a critério do **INSTITUTO GERIR.**

Artigo 25º - A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 26º - A Direção do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** - poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIH.

Artigo 27º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno será dirimido pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pela Direção do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**.

Artigo 28º - O presente Regimento Interno poderá se alterado, mediante proposta da CCIH, submetido à Direção do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.**

Artigo 29º - O Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma de Atividade Anual

Ações Estratégicas	Atividades	Fase de Operacionalização 2014											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Organização	Reestruturar as competências da CCIH												
	Operacionalizar a CCIH												
	Desenvolver o Programa de Controle de Infecção Hospitalar												
	Propor ações para a informatização dos Laboratórios de microbiologia												
	Permitir o acesso direto da CCIH em de cada serviço/ unidade												
Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais												
	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção Hospitalar												
	Desenvolver cursos de formação / orientações para o corpo de funcionários												
	Promover investigação sobre infecções hospitalar												
	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controle da Infecção hospitalar												
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções de base alcoólica												
	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfetantes)												
	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos												
Registro e Monitorização	Reforçar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar												
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica												
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários												
	Informar os órgão competentes de saúde acerca da evolução das estratégias												
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções hospitalares												
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controlo da infecção do Hospital												

S. E. S.
Fls: 1314
6
Rúbrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1323

4.1.2.2 Comissão de Ética Médica

Descrição da Finalidade

As Comissões de Ética Médica são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que exercem a medicina. Embora não possuam competência para realizar julgamento e nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis para levar ao conhecimento do **Conselho Regional de Medicina** qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

Organização e Composição

A CEM será composta por membros efetivos e membros suplentes, que serão convocados na ausência do membro efetivo ou de acordo com a necessidade dos trabalhos, adquirindo, nesse caso, o status de membro efetivo. O número mínimo de membros da comissão é definido pelo número de médicos que atuam na unidade.

A CEM deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral para esse fim. Pode participar da comissão qualquer médico que não esteja em função de direção executiva da instituição: Diretor Clínico, Diretor Administrativo, Chefe Médico, etc. No caso de um membro da comissão assumir cargo de direção da instituição, deve se afastar da Comissão enquanto durar o impedimento.

Todos os médicos que atuam na instituição, independente de sua inserção, têm direito a voto, conforme assegurado pela Resolução CFM n.º 1.445/94 – Diretrizes Gerais para o Regimento Interno. Os candidatos a membro de Comissão devem seguir os critérios definidos no regimento interno do corpo clínico e no regimento da Comissão, obedecidas as diretrizes do CRM/CFM.

Dessa forma, cada instituição pode elaborar o Regimento Interno da sua comissão de acordo com as peculiaridades, incorporando necessidades que não estão definidas na proposta de regimento-modelo, sem, entretanto, deixar de obedecer às diretrizes do CRM/CFM.

Fica facultado ao estabelecimento onde atuarem médicos plantonistas, a prorrogação da eleição por uma semana, a fim de possibilitar que todos os profissionais possam exercer o direito de voto. Nesse caso, a urna e a lista de presença deverão ser guardadas em local seguro e inviolável, sempre sob a supervisão de um membro da Comissão Eleitoral.

A Comissão Eleitoral será escolhida pela Comissão de Ética que estiver cumprindo o mandado, com no mínimo dois membros, um presidente e um secretário, que se responsabilizará pela apuração e resultados do pleito. Cada chapa concorrente poderá indicar um representante para acompanhar os trabalhos eleitorais. Na instituição que ainda não possuir Comissão de Ética Médica, caberá ao responsável técnico indicar os membros da Comissão Eleitoral.

A convocação das eleições será realizada por meio de edital, concedendo um prazo mínimo de 15 dias para as inscrições das chapas.

Atribuições Gerais

Atribuições da Comissão:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN;**
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, às eventuais más condições de trabalho na instituição;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;

S. E. S.
Fls: 1315
6
Rubrica

- Proceder à sindicância, a pedido de interessados, médicos, delegacia do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

TCE 1324

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo médico do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**, eleito por seus pares em eleição direta.

O Regimento Interno desta Comissão irá seguir o MODELO do CRM/CFM, que define com precisão as diretrizes da referida Comissão.

Regimento Interno: MODELO do CRM/CFM

CAPÍTULO I – DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º – As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º – As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único – Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º – As Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º – As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regimento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;

b) nas instituições que possuírem de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c) na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

d) na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes.

e) na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;

f) nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedoras localizadas no mesmo município onde atuem, em que cada uma possua de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo- se às disposições acima quanto à proporcionalidade.

Art. 5º – Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º – O mandato das Comissões de Ética será de 30 (trinta) meses.

Art. 7º – Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único – Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º – Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º – Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

S. E. S.
Fls. 1316
6
Rubrica

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

Art. 10º – Compete às Comissões de Ética:

a) supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

b) comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;

c) comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

d) comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

e) comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

f) instaurar sindicância, instrui-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

g) verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

h) colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

i) elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua;

j) atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

k) manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua;

l) fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

m) atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

n) promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

o) encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;

p) colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

q) orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11º – Compete aos membros da Comissão de Ética:

a) eleger o presidente e secretário;

b) comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

c) desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução;

d) garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Art. 12º – Compete ao presidente da Comissão de Ética:

a) representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;

b) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

c) convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

d) solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

e) encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

f) nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13º – Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

a) substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

b) colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

S. E. S.
Fls: 1317
Rubrica

c) secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

d) lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;

e) manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

TCE 1326

CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES

Art. 14º – A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9o do presente Regimento.

Art. 15º – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16º – Os candidatos a comissão de ética médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17º – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma se- mana.

Art. 18º – O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19º – A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20º – A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21º – O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22º – Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23º – Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Capítulo V – Do Funcionamento

Art. 24º – As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25º – Os atos da comissão de ética médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26º – Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "*voto de Minerva*" em caso de empate.

Art. 27º – As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Art. 28º – A sindicância será instaurada mediante:

a) denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;

c) deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d) solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;

e) determinação do Conselho Regional de Medicina.

S. E. S.
Fls: 1318
6
Rubrica

Art. 29º – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando- os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30º – Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

***Parágrafo único*:** O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31º – O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32º – Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

***Parágrafo único*:** Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33º – Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34º – Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "*ad referendum*" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

***Parágrafo* 1º**: Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

***Parágrafo* 2º:** Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35º – Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36º – As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

***Parágrafo* 1º**: As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem a presente regulamentação.

Art. 37º – Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38º – Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

Cronograma de Atividades Anual

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões de Planejamento												
Divulgação de Normas Complementares												
Elaboração de Relatórios												
Desenvolvimento de Atribuições												
Identificação e classificação dos processos												
Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação												
Informar os cidadãos / usuários												
Informar os órgão competentes de saúde acerca da evolução das estratégias												
Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional - atividades												

4.1.2.3 Comissão de Ética de Enfermagem

Descrição da Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidades educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético, bem como garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição, zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao **Conselho Regional de Enfermagem** de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

S.E.S. Fls: 1319 Rubrica COMISSÃO

Constituição Básica

A Comissão será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-GO e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de enfermagem; a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da enfermagem; a fiscalização do cumprimento, pela unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente.

Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, ficando a presidência ao Enfermeiro.

TCE 1328

Atribuições Gerais

Atribui à Comissão de Ética de Enfermagem:

- Divulgar os compromissos da Comissão de Ética de Enfermagem;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais pareceres, instruções e normas disciplinares e éticas do exercício profissional, colaborando assim para com o Conselho Regional;
- Promover e fomentar a participação em congressos, feiras e seminários que objetivam a análise e discussão colegiada sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o exercício profissional;
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho regional, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;
- Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à ética profissional;
- Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas de Enfermagem na Instituição, sempre que necessário;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem;

- Averiguar as denúncias ocorridas, notificando ao Conselho Regional todas as infrações éticas detectadas;
- Trabalhar junto à equipe de enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento ético-profissional, bem como sobre as implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
- Solicitar assessoria da Câmara de Ética do COREN-GO, sempre que necessário.

Perfil do Cargo

O Presidente da CEE deverá pertencer ao corpo de enfermagem do **HUTRIN**, eleito por seus pares em eleição direta, não devendo estar exercendo a função de direção ou chefia de enfermagem, estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não apresentar condenação de qualquer natureza, devendo estar em dia com todas as suas obrigações junto ao COREN-GO.

Regimento Interno

CAPÍTULO I: DA DEFINIÇÃO

Art. 1° - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) do Serviço de Enfermagem **do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN**, é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

CAPÍTULO II: DAS FINALIDADES

Art. 2° - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 168/93, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de Procedimentos de Enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

I - fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

S. E. S.
Fls: 1320
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

II - divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

III - colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art. 4° - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Art. 5° - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Instituição será formada por três Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e Dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem titular e Dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem suplentes.

Art. 6° - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Art. 7° - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

CAPÍTULO III: DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8° - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem do HUTRIN tem por competência:

a)Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do Exercício Profissional da Enfermagem;

b) Promover e ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o Exercício Profissional;

c) Assessorar a Coordenação dos Serviços de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;

d) participar de estudos e projetos visando orientar os clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões Éticas;

e) Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética;

f) Analisar e emitir parecer sobre abordagem das questões Éticas de Enfermagem na instituição, sempre que necessário;

g) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem;

h) Averiguar as denúncias ocorridas e notificar ao COREN-GO as infrações éticas detectadas;

i) Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-GO sempre que necessário;

j) Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN – GO.

CAPÍTULO IV: DAS ELEIÇÕES

Art. 9° - Os membros da Comissão de Ética serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição.

Art. 10° - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Parágrafo 1° - Nas instituições que ainda não possuem a Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Enfermeiro que ocupa o cargo de Coordenação dos Serviços de Enfermagem na Instituição.

Parágrafo 2° - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe de Enfermagem.

Parágrafo 3° - A Convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data estabelecida para as inscrições das chapas.

Parágrafo 4° - Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa.

Art. 11° - Somente poderão votar os profissionais regulamente inscritos no COREN-GO e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Art. 12° - A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Art. 13° - As chapas inscritas poderão indicar no ato da inscrição até 02 (dois) fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Art. 14° - Não serão computados as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Art. 15° - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN-GO.

CAPÍTULO IV: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16° - A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados, podendo reunir-se, extraordinariamente, quando houver necessidade.

Parágrafo 1° - As reuniões da Comissão serão registradas em Atas numeradas e assinadas pelos membros presentes ao ato.

Art. 17°- A ausência não justificada em mais de 03(três) reuniões consecutivas e/ou intercaladas, excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

Art. 18° - A Coordenação dos Serviços de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento da eleição e das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 19° - A coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética.

Art. 20° - Os casos omissos serão resolvidos pelo COREN - GO.

Art. 21° O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma de Atividades Anual

Atividades	2014											
	Fase de Operacionalização											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões de Planejamento												
Divulgação do Código de Ética												
Elaboração de Relatórios												
Desenvolvimento de Atribuições												
Promoção e Participação de Eventos												
Elaboração de Orientações aos Pacientes												
Informar os cidadãos / usuários												
Informar os órgão competentes de saúde acerca da evolução das estratégias												
Monitoração de Denuncias e situações internas												

4.1.2.4 Comissão de Ética Multidisciplinar

Descrição da Finalidade

A Comissão de Ética Multidisciplinar será formado por um grupo multidisciplinar, com profissionais das mais diversas formações (psicologia, medicina, enfermagem, fisioterapia, assistência social, fonoaudiologia, nutrição, dentre outros) e procurará analisar casos clínicos, em todos os seus aspectos e contextos, que apresentem dilemas éticos. Este grupo fará as reflexões e deliberações sobre as temáticas propostas, com embasamentos teóricos adequados e aprendidos, e emite o seu parecer ao nível de recomendações.

Constituição Básica

A Comissão de Ética Multidisciplinar do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** será constituída por profissionais das áreas das ciências da saúde, humanas e sociais e pelo menos um representante da comunidade atendida pelo Hospital.

Regimento Interno

CAPÍTULO I - Do Regimento

Artigo 1º - A Comissão de Ética Multidisciplinar do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**, respeitando o Estatuto e Regimento do Hospital e a legislação que regula a instituição, atuará de acordo com o estabelecido neste Regimento Interno.

TCE 1331

S. E. S.
Fls: 1322
Rubrica

CAPITULO II - Da Comissão

Artigo 2º - A Comissão de Ética Multidisciplinar será um grupo multidisciplinar que se caracteriza por agregar profissionais de diversas áreas do conhecimento com as seguintes propostas:

• Abordar os conflitos cotidianos que a evolução técnico-científica do último século fez emergir na profissão médica, levando em consideração que a perspectiva Bioética não se confunde com a deontologia e/ou com a ética médica, pois os códigos deontológicos tratam da normatização das condutas e são elaborados por e para cada profissão no sentido de atribuir juízos legais ou de valor para as posturas relativas ao exercício cotidiano das relações profissionais e sobre os procedimentos;

• Evidenciar, a Bioética, como um espaço não normativo, mas como um espaço de cooperação na avaliação da complexidade gerada pelas demandas, tanto éticas quanto morais, desencadeadas com o avanço técnico da medicina, que conferiu ao profissional de saúde um forte poder de interferência na vida humana.

CAPITULO III - Dos Objetivos

Artigo 3º - A Comissão de Ética Multidisciplinar do hospital tem por finalidades:

a) Ampliar, junto à comunidade interna (médicos, estudantes, administradores, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, entre outros), a reflexão frente aos conflitos éticos e morais inerentes ao exercício das profissões ligadas à área da saúde como conflitos de conduta, quando pelo menos dois caminhos técnicos e cientificamente corretos, mas com repercussões morais distintas podem ser seguidos; suspensão de tratamentos que impliquem na morte do paciente; conflitos entre a vontade das partes: paciente, sua família e equipe de saúde; ordens de não reanimar; mal formações congênitas: interrupção de gravidez; introdução ou retirada de medidas extraordinárias de tratamento em pacientes com prognóstico duvidoso por variáveis médicas; problemas de confidencialidade e privacidade de pacientes da instituição (prontuários, discussões clínicas e outros).

b) Oferecer consultoria a todos os profissionais e pacientes, ou seus representantes, quando necessitarem que um conflito de natureza moral seja equacionado, ou como apoio psicológico quando de uma tomada de decisão difícil do ponto de vista ético ou moral.

c) Submeter à apreciação da administração do hospital, diretrizes que resguardem direitos, tanto de pacientes como de profissionais da saúde e membros da comunidade.

Parágrafo Único – Esta Comissão não oferece apoio jurídico a qualquer das partes envolvidas em conflito de ordem moral ou legal; não define normas de ação profissional e não analisa problemas socioeconômicos da instituição, embora possa fazer sugestões de alocação de recursos escassos, considerando essa matéria estritamente do ponto de vista ético e/ou moral.

CAPÍTULO IV – Da Composição e Coordenação

Artigo 4º - A Comissão de Ética Multidisciplinar terá a composição e coordenação a seguir descrita:

Parágrafo 1º – A Comissão de Ética Multidisciplinar poderá agregar novos membros como consultores, sempre que se tornarem necessárias contribuições para o atendimento das demandas, procurando preservar seu caráter multidisciplinar.

Parágrafo 2º – A coordenação da presente Comissão será definida na primeira reunião oficial subsequente à aprovação de seu funcionamento.

CAPÍTULO V – Das Diretrizes e Metodologia

Artigo 5º - A Comissão de Ética Multidisciplinar terá como diretrizes principais:

a. Ser um órgão consultivo e auxiliar, atuando junto aos profissionais e estudantes que mantém contato com pacientes;

b. Constituir um espaço de apoio aos pacientes e familiares diante de conflitos éticos e decisórios.

Artigo 6º - A metodologia e a dinâmica de trabalho deverão compreender:

a. a clara apresentação dos fatos médicos envolvidos na situação formulando dilema(s), afastando conflitos pessoais ou legais;

S.E.S
Fls: 1323
6
Rubrica

b. a apreciação das implicações médicas/morais de cada um dos caminhos que podem ser seguidos, dando oportunidade a que todos os membros do grupo se manifestem tentando buscar recomendações que espelhem o parecer consensual do grupo;

c. a oferta de uma ou mais alternativas de conduta que sejam eticamente aceitáveis e que contemplem o melhor interesse do paciente.

TCE 1332

CAPÍTULO VI – DAS REUNIÕES

Artigo 7º - As reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar serão realizadas, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês no sentido de favorecer a educação continuada e atualização dos membros componentes.

Artigo 8º – A Comissão se realizará sempre que se fizerem necessárias avaliações de conflitos por demanda do profissional ou do usuário da instituição, ficando a critério da própria Comissão, através do Coordenador ou componente nomeado para tal, a convocação extraordinária dos seus constituintes.

Artigo 9º - As reuniões da Comissão serão realizadas com a presença mínima de um terço dos seus componentes.

CAPÍTULO VII - DA ÉTICA E DA PRIVACIDADE

Artigo 10º - Os pareceres emitidos pela Comissão serão explicitados somente aos envolvidos no conflito em questão, ficando sob a responsabilidade individual dos componentes o cumprimento do direito à privacidade e à intimidade das pessoas.

CAPÍTULO VIII - DA REMUNERAÇÃO

Artigo 11º - Não haverá remuneração para seus componentes, porém será configurado motivo justificado de afastamento do trabalho o horário destinado à reunião do grupo.

CAPÍTULO IX – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 12º – Os casos não contemplados neste regimento serão analisados e decididos em reunião da Comissão.

Artigo 13º - A proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética Multidisciplinar será apresentada, apreciada e votada em reunião de seus membros.

Cronograma Anual de Atividades

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões de Planejamento												
Criação da Comissão de Ética Multidisciplinar												
Oferecer consultoria a todos os profissionais e pacientes, ou seus representantes, quando necessitarem que um conflito de natureza moral seja equacionado												

4.1.2.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Descrição da Finalidade

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados na Unidade, através de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

Possibilita que a equipe de saúde possa levar a efeito sua responsabilidade de assegurar qualidade ótima na prestação de cuidados ao paciente.

A Comissão garante ainda, que os prontuários sejam compatíveis com os conceitos pré-estabelecidos de complementação física (documentação anexa devidamente preenchida) e pertinência clínica (relevância ao caso específico).

O Corpo Médico, por meio da Comissão, é responsável pela emissão de documentação adequada dos eventos médicos e dos registros dos demais membros da equipe, bem como conduzir revisão retrospectiva para apurar adequadamente a complementação dos registros de pacientes que já receberam alta, internados ou não.

S. E. S.
Fls: 1324
Rubrica

A Comissão assessora o Diretor Geral no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento dos registros produzidos na assistência integral ao paciente, proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde e à avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Consideram-se como registro produzido na assistência integral ao paciente, todas as informações a ele pertinentes, tomadas por qualquer membro da equipe de saúde e arquivadas em qualquer meio: papel, meio óptico, meio magnético, associações destes ou outros que venham a ser utilizados para esse fim.

TCE 1333

Organização e Constituição Básica

Comissão multiprofissional constituída por profissionais de nível superior que atuem nas unidades afins do **HUTRIN**, com regimento próprio que defina o número de componentes, funções específicas, periodicidade de reuniões, forma de nomeação. As reuniões desta devem ser registradas em ata.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários está diretamente subordinada à Diretoria Geral.

Será composta por membros inclusive seu Presidente, designados pelo Diretor Geral, assim distribuído:

- 1 (dois) representantes da enfermagem;
- 1 (dois) representantes do corpo clínico;
- Responsável pelo Corpo Clínico;
- Médico responsável pelo Serviço de Anatomia Patológica;
- Responsável pelo Serviço de Laboratório de Análises Clínicas;
- Médico responsável pelo serviço de Imagem;
- 1 (um) representante do Apoio Diagnóstico;
- 1 (um) representante do Apoio Terapêutico;
- Responsável do Serviço de Arquivo Médico;
- Responsável pela Unidade de Informações Estratégicas;
- Responsável pelo Serviço de Infecção Hospitalar e ou Presidente da CCIH.

Um membro desta Comissão, designado pelo Diretor Geral, será o Presidente, o qual será escolhido, preferencialmente, entre aqueles que já serviram à Comissão, em período não inferior a um ano. É desejável que o mesmo exerça suas funções em mandato de 2 anos consecutivos; prazo esse não prorrogável.

O Presidente poderá utilizar-se de subcomissões ou equipes de trabalho (interinas) onde estejam presentes pelo menos um membro da Comissão, um representante do Corpo Clínico e outro do Pessoal do Hospital objetivando desenvolver projetos especiais ou grupos de trabalho. Essas subcomissões poderão ter representação do Serviço de Assistência Social, Farmácia, Nutrição e outros, dependendo dos objetivos a serem atingidos.

Atribuições Gerais

Atribuições Gerais da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

- Elaborar normas, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às informações sobre os pacientes, destacando-se as referentes a: registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente; formas e meios utilizados para o registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente; forma de processamento, acesso e utilização das informações contidas no prontuário do paciente e arquivamento e conservação das informações relativas aos pacientes.
- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à guarda e à organização das informações relativas à assistência a pacientes.
- Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em sistemas de informações sobre assistência a pacientes no âmbito hospitalar.
- Estabelecer normas para manutenção e adequação dos Arquivos Nosológicos e outros sistemas de registros de informações de morbimortalidade hospitalares.

- Desenvolver novos sistemas de informações sobre pacientes e a modificação dos sistemas já existentes, em quaisquer meio, condicionados à prévia aprovação da Comissão.
- Desenvolver e recomendar por escrito, ao Diretor Geral, as normas, padrões e critérios usados para medir a extensão em que se deve registrar acuradamente, os documentos de relevância clínica, a complementação, fatos médicos e pontualidade de registros no prontuário.
- Desenvolver e recomendar um plano para revisão periódica, anexando amostra dos registros que serão documentados para os padrões acima.
- Transmitir a informação ao pessoal médico, incluindo-se os residentes e estudantes de medicina após inspeção, revisão e concordância com as práticas acima, as quais também se adaptam aos padrões e planos da Diretoria Geral.
- Inspecionar os prontuários de pacientes que receberam alta do Hospital no mês antecedente. Este procedimento é feito em base de avaliação, para com todos os prontuários, objetivando classificação dentro dos critérios de complementação e pontualidade.
- Inspecionar em todos os prontuários de pacientes que receberam altas dentro das seguintes categorias: diagnóstico incerto, discordância profissional quanto ao diagnóstico e falecimento.
- Estudar, registrar e transmitir a informação coletada, ao Diretor Geral, para traçar o trabalho clínico por meio de registros estatísticos sobre o tipo e resultado da dispensa de cuidados, tais como: Frequência de consulta, Porcentagem de necropsias executadas, ocorrência de infecções e outras complicações.
- Rever prontuários julgados inaceitáveis para os padrões e critérios pré-estabelecidos, quer quanto a complementação, quer quanto a impontualidade de registro.
- Registrar em impresso resumo estas revisões com as ações tomadas e recomendações ao Diretor Geral, para ações saneadoras.
- Rever todos os impressos solicitados como parte permanente do prontuário. Esta revisão inclui prevenção de duplicação, uniformidade de apresentação e tamanho.

- Desenvolver uma lista de abreviações e símbolos, que aprovados poderão passar a fazer parte do prontuário.
- Recomendar ao Diretor Geral, ação disciplinar quanto aos prontuários que: Se encontram abaixo do padrão e critério estabelecido; Apresentam complementação em desacordo com o padrão e critério estabelecidos.

Regimento Interno

CAPITULO I – DA MISSÃO

Art. 1º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

a) O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência no **HUTRIN**; para um diagnóstico e tratamento mais seguros. Importante ressaltar que o Prontuário é um documento do paciente

b) A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado.

c) O Ensino e a Pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde-doença referentes ao território da microrregião (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico).

d) O Sistema de Saúde: como ferramenta integradora dos cuidados nos vários serviços de saúde- pontos de atenção da rede por onde o paciente caminha: Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios de Especialidades; etc.

CAPITULO II - DAS FINALIDADES

Art. 2º - A Comissão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante no HUTRIN, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros Clínicos e técnicos utilizados na Unidade.

S.E.S
Fls: 1326
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

CAPITULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º - À Comissão de Prontuários compete:

a) Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;

b) Implementar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;

c) Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;

d) Analisar os impressos e sugerir modificações;

e) Verificar o padrão de atendimento prestado.

TCE 1335

CAPITULO IV - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4º - A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Art. 5º - A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção, de controle e avaliação.

Art. 6º - A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Art. 7º - A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

CAPITULO V - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º - São atribuições da Comissão de Prontuários:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

d) Normatizar o preenchimento das contra-referências conforme orientação da Direção de competência.

e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.

d) Tipo de Alta.

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III – Assessorar a Direção do Hospital, em assuntos de sua competência.

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem do Hospital, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico – cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 9º - São atribuições do Presidente da Comissão:

a) Convocar e presidir as reuniões.

b) Indicar seu vice-presidente.

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.

e) Fazer cumprir o regimento interno.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade.

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente.

Parágrafo único: As atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia.

S.E.S. Fls. 1327 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

b) Receber e protocolar os processos e expedientes.

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

e) Organizar e manter o arquivo da comissão.

TCE 1336

f) Preparar a correspondência.

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço.

h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado

CAPITULO VI - DOS MEMBROS

Art. 11º - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

a) Presidente (representante médico);

b) Membros Titulares (02 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionais da equipe multiprofissional de nível universitário);

c) Membros Suplentes (03 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionais da equipe multiprofissional de Nível Universitário);

d) Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

Art. 12º - Ao Presidente compete:

a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão;

b) Coordenar as reuniões da Comissão;

c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;

d) Representar a Comissão;

e) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;

f) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.

Art. 13º - Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

a) Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;

b) Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;

c) Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

d) Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;

e) Analisar os impressos e propor modificações quando necessário;

Art. 14º - Ao Membro representante apoio administrativo compete:

a) Redigir ata de reunião de forma clara;

b) Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

c) Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPITULO VII – DAS FUNÇÕES

Art. 15º - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Art. 16º - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo a deliberação da maioria.

Art. 17º - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art. 18º - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Art. 19º - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Art. 20º - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

S. E. S
Fls: 1328
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Art. 21º - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

TCE 1337

CAPITULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22º - O presente Regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma anual de atividades

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros			■			■			■			■
Reuniões de Planejamento e Definições de Metas	■			■			■			■		■
Realizar Análise dos relatórios e dados fornecidos pela comissão				■			■			■		■
Levantamento de funções e requisitos de arquivamento	■											■
Validação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados		■		■				■			■	

4.1.2.6 Comissão de Verificação de Óbitos

Descrição da Finalidade

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à direção Geral do Hospital.

Constituição Básica

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro e com representantes entre os seguintes serviços:

1. Anestesiologia;
2. Unidade de Terapia Intensiva;
3. Patologia;
4. Pronto Atendimento;
5. Serviço de Clínica Médica;
6. Serviço de Cirurgia;
7. Especialidade definida a critério da Diretoria;
8. Serviço de Enfermagem;
9. Serviço de Assistência Social;
10. Serviço de Psicologia;
11. Serviço de Faturamento.

Atribuições Gerais

Compete à Comissão de Verificação de Óbitos a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

Regimento Interno

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS E DAS FINALIDADES

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Artigo 2º - As finalidades da Comissão: Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

S.E.S
Fls: 1329
6
Rubrica

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A composição mínima desta Comissão deverá ser de dois membros médicos, um médico residente, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva.

Artigo 4º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil no hospital:

1. Anestesiologista;
2. Unidade de Terapia Intensiva;
3. Patologia;
4. Pronto-Atendimento;
5. Serviço de Clínica Médica;
6. Serviço de Cirurgia;
7. Especialidade definida a critério da Diretoria;
8. Serviço de Enfermagem;
9. Serviço de Assistência Social;
10. Serviço de Psicologia;
11. Serviço de Faturamento.

TCE 1338

Artigo 5º - Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Hospital.

Artigo 6º - A critério da Diretoria Geral e da própria Comissão, a carga horária total dos membros poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

Artigo 7º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Artigo 8º - O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor Geral. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPITULO III DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 9º- Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Artigo 10º- A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Artigo 11º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12º - As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Paragrafo único: Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais capacitados para participarem das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 14º- As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 15º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 16º- Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, sempre que necessário, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico ou Clínico, Presidente ou Vice Presidente.

Artigo 17º - Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

S. E. S.
Fls. 1330
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

CAPITULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - São atribuições da Comissão de Óbitos: TCE 1339

a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados;

b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

i) Zelar pelo sigilo ético das informações;

j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de

k) Ética Médica ou outro serviço interessado;

l) Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;

m) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

n) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 19º - São atribuições do Presidente da Comissão:

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu Vice-Presidente;

c) Representar a Comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;

e) Fazer cumprir o regimento.

Artigo 20º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 21º - São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

e) Organizar e manter o arquivo da Comissão;

f) Preparar a correspondência;

g) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPITULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

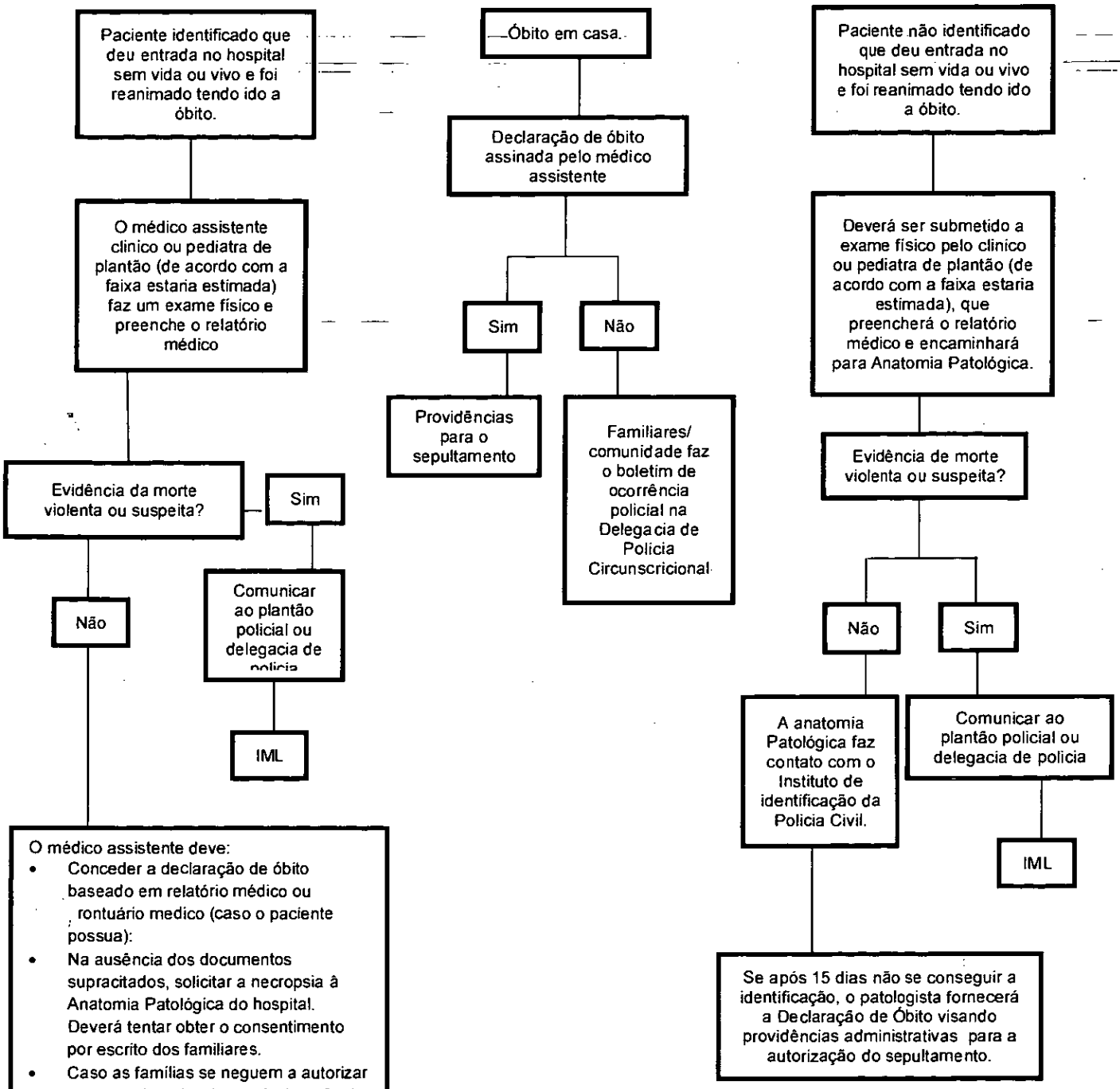
Artigo 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com as diretorias do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.**

Artigo 23º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Artigo 24º O presente regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

S. E. 9
Fls: 1331
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Fluxograma1: Procedimentos Relativos à Declaração de Óbitos:



Observações:

1. É obrigatória a necropsia em caso de óbito com febre nos últimos 10 dias, sem causa esclarecida e com suspeita de doença que consta da lista de Notificação Compulsória, independente da autorização familiar.
2. Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica, conforme Resolução CFM nº1799/2005.
3. Alguns procedimentos serão revisados e alterados após a criação do Serviço de Verificação de Óbitos do Estado de GO.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo sistema do Núcleo de Informação Hospitalar.

Cronograma anual de atividades

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
Reuniões												
Elaboração / Revisão de Normas e atividades Práticas												
Apreciação de Meta Pré-determinadas												
Assessoramentos Diversos												
Elaboração de Relatórios												
Encaminhamento de Relatórios												

4.1.2.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT

Descrição da Finalidade

O **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN** deverá manter equipe multiprofissional na composição do **Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT,** com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos servidores/trabalhadores.

O **SESMT** está estabelecido no **artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho** e é Regulamentado pela **Norma Regulamentadora Nº 4** do Ministério do Trabalho e Emprego – **MTE**.

S. E. S.
Fls. 1332
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Também manterá a **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA**. A principal finalidade da CIPA está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** e seus funcionários na Diminuição, Neutralização e/ou Eliminação dos Riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender á Legislação vigente, seguindo as recomendações constantes na Norma Regulamentadora nº 32 e Norma Regulamentadora nº 5.

Finalidades:

• Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN;**

• Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

• Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

• Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

• Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

• Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

• Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

• Requerer ao SESMT, ou a direção do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN**, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

• Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

• Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

• Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

• Trabalhar dados e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

• Verificar as cópias das CAT emitidas;

• Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

• Participar, anualmente, em conjunto com o hospital das Campanhas de Prevenção;

• Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

• Promover Campanhas Humanitárias e Educativas.

Constituição Básica

A constituição da CIPA, no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observados as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

O HUTRIN estabelecera, através dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo.

S. E.
Fls: 1333
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Organização

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, sendo:

I – Presidente;

II – Vice Presidente;

TCE 1342

III – Secretário;

IV – membros titulares;

V – membros suplentes.

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

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

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no na NR,05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - é uma equipe de profissionais, a serviço do hospital, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos colaboradores.

O SESMT está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho do hospital, deverá incluir os seguintes profissionais:

I - Médico do trabalho;

II - Enfermeiro do trabalho;

III - Técnico de enfermagem do trabalho;

IV - Engenheiro de segurança do trabalho;

V - Técnico de segurança do trabalho.

Atribuições Gerais

Cabe à CIPA do Hospital:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionado à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

S. E. S.
Fls. 1334
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;
- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

TCE 1343

Regimento Interno

Base legal – LEI FEDERAL nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA nº 3214 – Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

CAPÍTULO I: DO OBJETIVO

Artigo 1º - A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II: DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - As CIPAs terão por atribuições:

I - identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);

II - elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III - participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV - realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos colaboradores do hospital;

V - realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;

VI - realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VII - divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VIII - participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionado à segurança e saúde dos colaboradores;

IX - participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;

X - propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;

XI - verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;

XII - garantir a emissão e requisitar à Administração do hospital as cópias das CATs emitidas;

XIII - colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

XIV - promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;

XV - promover, anualmente, em conjunto com a direção do hospital, Campanhas de Prevenção da AIDS, DST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;

XVI - acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuadas por instituições de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

CAPÍTULO III: DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A CIPA do HUTRIN terá a seguinte composição:

I – Presidente;

II – Vice Presidente;

S. E. S. Fls. 1335 6 Rubrica

III – Secretário;

IV – membros titulares;

V – membros suplentes.

TCE 1344

Artigo 4º - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Artigo 5º – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Artigo 6º – A Diretoria do HUTRIN designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Artigo 7º – Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

CAPÍTULO IV: DAS ELEIÇÕES

Artigo 8º – A convocação das eleições será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

a) Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;

b) Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;

c) Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

Parágrafo 1º - A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizado pela Administração do hospital, com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Parágrafo 2º - Os membros das comissões eleitorais serão designados pela Administração do hospital, para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos editais.

Parágrafo 3º - Poderão se candidatar os colaboradores, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.

Parágrafo 4º - Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas comissões eleitorais.

Artigo 9º – Os membros da CIPA, eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Artigo 10º – Empossados os membros da CIPA, a Administração do hospital, deverá protocolar, em até dez dias, nas unidades descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Artigo 11º – Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Parágrafo 1º - Em caso de empate assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.**

Parágrafo 2º - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Artigo 12º – Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

CAPÍTULO V: DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 13º – Competem aos colaboradores, servidores e funcionários:

a) Participar da eleição de seus representantes;

b) Colaborar com a gestão da CIPA;

c) Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;

d) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Artigo 14º – Compete ao Presidente da CIPA:

a) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

b) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;

c) Manter a Administração do hospital, informada sobre os trabalhos da CIPA;

d) Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;

e) Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

S.E.S
Fls: 1336
Rubrica

Artigo 15º – Compete ao Vice-Presidente:

a) Executar as atribuições que lhe forem delegadas; TCE 1345

b) Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 16º – Competem ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

a) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;

b) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

c) Delegar atribuições aos membros da CIPA;

d) Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;

e) Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;

f) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

Artigo 17º – O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

a) Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

b) Preparar as correspondências;

c) Outras que lhe forem conferidas.

Artigo 18º – Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

a) Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;

b) Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento.

c) Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;

d) Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Artigo 19º – Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

CAPITULO VI: DO FUNCIONAMENTO

Artigo 20º – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal do hospital, em local apropriado.

Artigo 21º – Será previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Artigo 22º – As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Artigo 23º – As atas ficarão na respectiva Diretoria do hospital.

Artigo 24º – As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

b) Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;

c) Houver solicitação expressa de uma das representações.

Parágrafo 1º - Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

Parágrafo 2º - Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Artigo 25º – As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Artigo 26º – Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Artigo 27º – O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Artigo 28º – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

S. E. S.
Fls: 1337
6
Rúbrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Parágrafo 1º - No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria do hospital, indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Parágrafo 2º - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

TCE 1346

CAPITULO VII: DO TREINAMENTO

Artigo 29º – A Administração do hospital, deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração do hospital, ouvindo os membros da CIPA.

Artigo 30º – O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

a) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;

b) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;

c) Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente hospitalar;

d) Noções e medidas de prevenção para DST/aids, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;

e) Noções sobre legislação trabalhista e previdenciárias relativas à segurança e saúde no trabalho;

f) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

g) Organização e funcionamento da CIPA.

Artigo 31º – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do HUTRIN.

Artigo 32º – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

CAPÍTULO VIII: DO REGISTRO

Artigo 33º – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Artigo 34º – A Diretoria do hospital reconhecerá o, através de Portaria, a CIPA eleita e empossada.

CAPÍTULO IX: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 35º – As disposições da NR 05 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Artigo 36º – Data-se e publiquem-se as informações contidas no respectivo regimento.

Cronograma anual de atividades

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Constituição da CIPA	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Reuniões e Convocações	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□
Elaboração do Plano de Trabalho	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Apresentar Proposições Estatísticas	□	□	□	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Notificações de Registros	□	□	■	□	□	■	□	□	■	□	□	■
Verificar a Instrução dos Procedimentos Estabelecidos	□	□	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■
Acompanhamento e Monitoração	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□
Relatórios Mensais e Divulgação aos trabalhadores das ações	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Relatório Anual	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	■

4.1.2.8 Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal

Descrição da finalidade

A Comissão de Morbimortalidade Materna e Neonatal tem como objetivo principal a elucidação das circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis e fetais, identificar e propor melhorias na qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade perinatal e infantil.

Atribuições:

- Realizar o diagnóstico da mortalidade infantil, seus componentes, os principais problemas relacionados e distribuição na população no nível local;
- Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade infantil, além de subsidiar o conhecimento sobre o seu conceito, seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio, pós-natal) e o cálculo das taxas;

S. E. S.
Fls: 1338
Rubrica

- Sensibilizar e envolver os profissionais de saúde e a sociedade sobre a importância e a gravidade da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade com um todo;
- Identificar os óbitos infantis como evento-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento dos meios da saúde;
- Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;
- Identificar os problemas e as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais, para melhorar o conhecimento sobre a mortalidade infantil e perinatal e as possibilidades de intervenção;
- Avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, neste caso a Declaração de Nascido Vivo e a Declaração de Óbito, além do registro dos atendimentos (prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, cartão de gestante e cartão da criança);
- Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde necessárias para a redução da mortalidade infantil e perinatal, com destaque para as mortes por causas evitáveis.

Regimento Interno

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Art: 1° A Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal é uma instância interinstitucional, multiprofissional, com objetivo de analisar os óbitos maternos, neonatais e infantis ocorridos no Estado, para propor ações nas diversas instituições, a fim de prevenir novas mortes evitáveis. Sua atuação é técnico-científica e consultiva, sigilosa, com função eminentemente educativa.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Art: 2° São finalidades da comissão de mortalidade materna e neonatal:

I. Monitorar e avaliar dados da cadeia de eventos responsáveis pela mortalidade materna, neonatal e infantil de forma sistematizada;

II. Participar na correção das estatísticas oficiais, facilitando o fortalecimento dos sistemas de informações;

III. Discutir as causas de mortes maternas, neonatais e infantis (evitabilidade), nos aspectos sociais, econômicos, políticos, jurídicos e outros que ofereçam escolhas para as soluções (medidas de intervenção) e promover análise científica;

IV. Propor medidas e estratégias para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, através de atividades que contribuam para a melhoria técnica e acadêmica dos profissionais envolvidos na assistência obstétrica e pediátrica, e comunicar aos órgãos competentes quando da identificação de eventos que possam caracterizar atos que justifiquem intervenção;

V. Promover ações de divulgação e de sensibilização sobre mortalidade materna e infantil, em articulação com a sociedade civil organizada e instituições de saúde;

VI. Divulgar relatórios semestrais para instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas e infantis.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 3° A comissão de mortalidade materna e neonatal é composto por membros titulares, designados pela Diretoria Geral da Instituição:

- Representante Médico;
- Representante Enfermeiro;
- Representante da CCIH;
- Representante do Serviço Social;
- Representante Psicólogo;
- Outros.

S. E. S.
Fls: 1339
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Art. 4° A Diretoria da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal será constituída pelo (a) Presidente, Vice- Presidente e Secretário (a) Executivo (a), que serão eleitos pela maioria simples de seus membros.

Parágrafo Único: O mandato para os cargos descritos no artigo anterior será de 02 (dois) anos, sendo permitida 01 (uma) recondução.

TCE 1348

Capítulo IV – Do Funcionamento

Art. 5° A comissão de mortalidade materna e neonatal receberá apoio administrativo da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, com garantia de infra-estrutura para o seu bom e perfeito funcionamento.

Art. 6° A comissão de mortalidade materna e neonatal realizará reuniões ordinárias mensais, com cronograma de reuniões pré-estabelecidas.

Parágrafo primeiro – A comissão de mortalidade materna e neonatal reunir-se-á extraordinariamente conforme necessidade para tratar de matérias especiais ou de urgência.

Art. 7° A cada 03 (três) ausências consecutivas do membro, o serviço a que o membro representa, será notificada pela Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal. Não havendo justificativa plausível, deverá indicar outro representante.

Art. 8° A quebra do sigilo por membro da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal, a qualquer tempo ou motivo que torne público, direta ou indiretamente, informações pertinentes a investigações, implicará no desligamento automático do mesmo, independente das demais medidas legais que se fizerem necessárias.

Art. 9° A atuação da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal será de forma sistematizada, de acordo com o fluxo de atividades abaixo relacionadas:

a) Todos os formulários utilizados no processo de investigação epidemiológica do óbito (ficha hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do Serviço de Verificação de Óbito-SVO e/ou laudo do Instituto Médico Legal-IML) devem ser encaminhados à Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;

b) Em reunião da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal identificar-se-ão os óbitos maternos, infantis e natimortos declarados e presumíveis para discussão dos casos;

c) A comissão de mortalidade materna e neonatal quando receber casos não esclarecidos ou inconclusivos deverá notificar à vigilância do óbito da Secretaria Estadual de Saúde para encaminhamento de investigações complementares, novas investigações e/ou análises complementares para elucidar os casos;

d) Fazer análise final dos óbitos maternos, infantis e natimortos, e apresentar sugestões pertinentes às instituições de saúde, bem como autoridades afins, visando à melhoria da qualidade da assistência obstétrica e pediátrica.

Art. 10° A comissão de mortalidade materna e neonatal terá representação em nível regional nos Comitês Regionais de Mortalidade Materna e Infantil.

CAPÍTULO V – DA COMPETÊNCIA

Art. 12 ° Ao Presidente da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal compete:

I. Coordenar as atividades do grupo, mantendo a integração dos membros;

II. Homologar, assinar e encaminhar processos;

III. Articular com as diversas instâncias, recursos de infra-estrutura e/ou materiais necessários para o desempenho das atividades;

IV. Designar, entre os membros da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal, Secretário Executivo "*ad hoc*" em casos de ausência, afastamento ou impedimento do titular;

V. Encaminhar as proposições da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal ao Diretor Geral da Unidade, conforme deliberação em Assembleia.

Art. 13° Ao Vice-Presidente compete substituir o Presidente em suas atribuições.

S. E. S.
Fls: 1340
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Art. 14 ° Ao Secretário Executivo da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal compete:

I. Elaborar a ata das reuniões;
II. Acompanhar as atividades do serviço administrativo quanto a convocação e agenda dos membros para as reuniões;
III. Agendar as reuniões;
IV. Acompanhar a execução das resoluções emanadas da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal.

TCE 1349

Art. 15 ° Aos membros da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal compete:

I. Compor grupos especiais de trabalho;
II. Difundir junto aos serviços de origem os assuntos de relevância debatidos na Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
III. Eleger o (a) Presidente, o (a) Vice-Presidente e o (a) Secretário (a) Executivo entre os membros da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
IV. Elaborar análise e relatório situacional dos óbitos;
V. Propor atividades educativas e ações para prevenir mortes evitáveis;
VI. Promover debates sobre a problemática da mortalidade materna, infantil e neonatal, mediante realização de eventos de prevenção e educação permanente e contínua, e produção de material educativo;
VII. Outras atividades correlatas deliberadas em Assembleia.

CAPÍTULO VI: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16° Nenhuma notícia para divulgação na imprensa, rádio ou televisão poderá ser fornecida sem autorização do Diretor Geral da Instituição.

Art. 17° Nenhum membro da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal poderá receber pagamento, em reconhecimento pelos trabalhos prestados, que serão considerados relevantes serviços públicos.

Art. 18° Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos em assembleia pela Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal.

Art. 19° Data-se e publiquem-se as informações contidas no respectivo regimento.

Cronograma anual de atividades

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão												
Reuniões												
Elaboração / Revisão de Normas e atividades Práticas												
Apreciação de Meta Pré-determinadas												
Assessoramentos Diversos												
Elaboração de Relatórios												
Encaminhamento de Relatórios												

4.1.2.9 Comissão de Gerenciamento de Riscos

Descrição da Finalidade

Dentre os fatores que afetam a segurança dentro do ambiente hospitalar, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para melhoria da segurança do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.**

Estão os riscos a serem evitados:

- Gerenciar riscos de infecções hospitalares
- Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar
- Gerenciar a utilização de equipamento médico

A Comissão de Gerenciamento de Riscos deverá reunir-se mensalmente para definir o tipo de política de gerenciamento e aplicá-la junto aos colaboradores.

S. E. S
Fls: 1341
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Áreas de atuação:

FÁRMACOVIGILÂNCIA TCE 1350

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamentos, uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada, são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

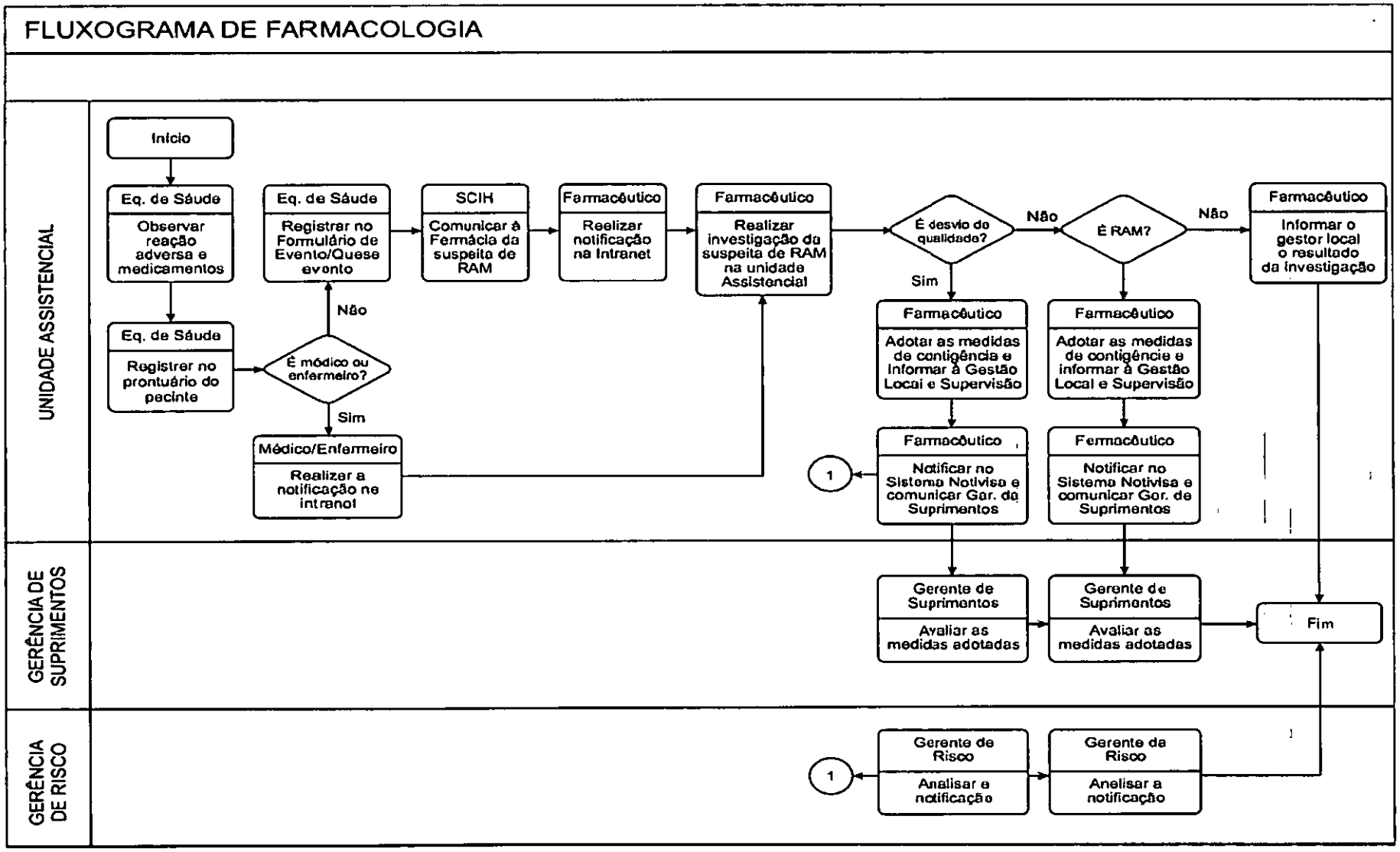
TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização.

Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

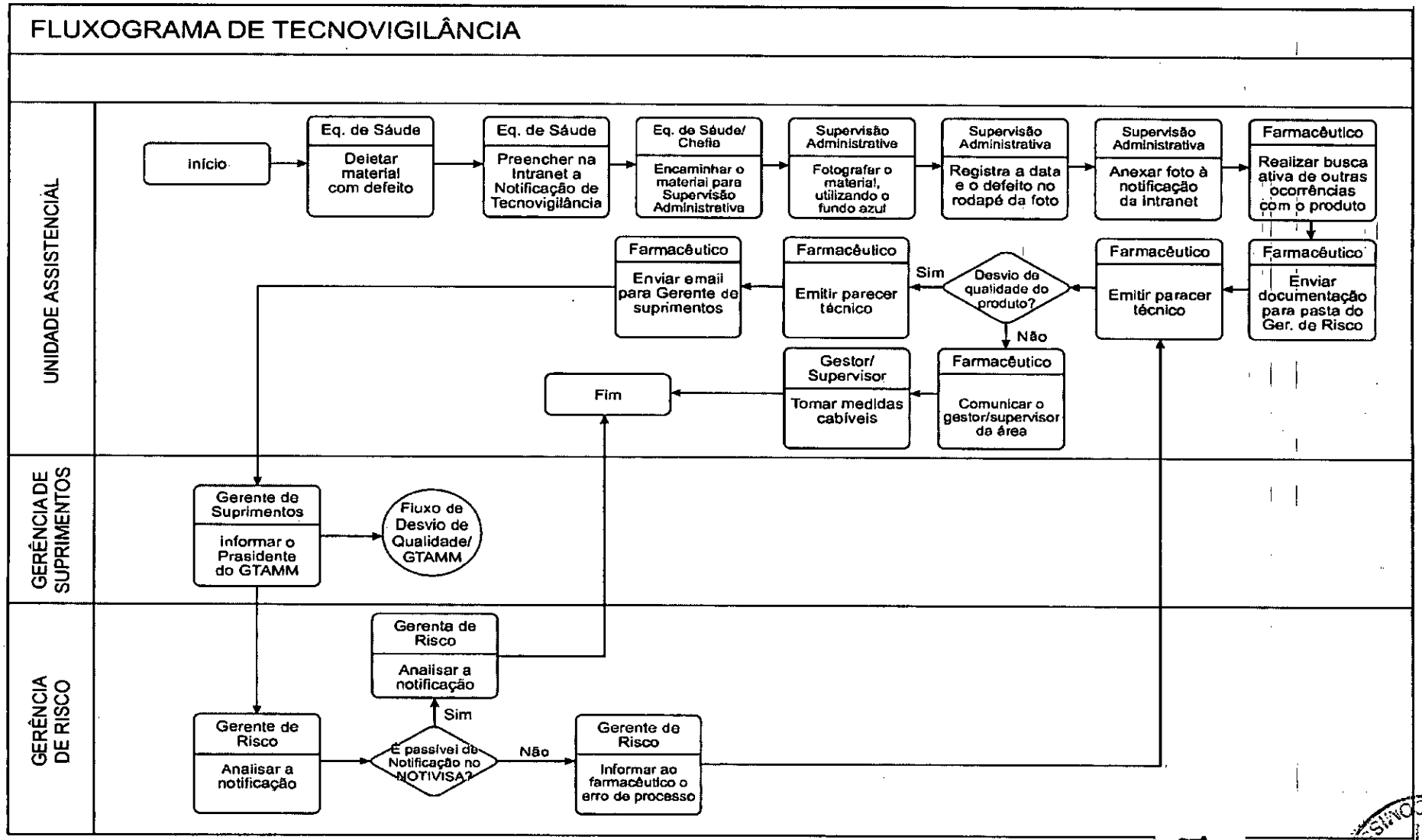
HEMOVIGILÂNCIA

É um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.


FLUXOGRAMA DE FARMACOLOGIA
UNIDADE ASSISTENCIAL
GERÊNCIA DE SUPRIMENTOS
GERÊNCIA DE RISCO
Início
Eq. de Sáude
Observar reação adversa e medicamentos
Eq. de Sáude
Registrar no prontuário do pecinte
Eq. de Sáude
Registrar no Formulário de Evento/Quese evento
É médico ou enfermeiro?
Não
Sim
Médico/Enfermeiro
Realizar a notificação ne intranet
SCIH
Comunicar à Fermácia da suspeita de RAM
Farmacêutico
Reelizar notificação na Intranet
Farmacêutico
Realizar investigação da suspeita de RAM na unidade Assistencial
É desvio de qualidade?
Não
Sim
É RAM?
Não
Farmacêutico
Informar o gestor local o resultado da investigação
Farmacêutico
Adotar as medidas de contigência e informar à Gestão Local e Supervisão
Farmacêutico
Adotar as medidas de contigência e informar à Gestão Local e Supervisão
1
Farmacêutico
Notificar no Sistema Notivisa e comunicar Ger. de Suprimentos
Fermacêutico
Notificar no Sistema Notivisa e comunicar Ger. de Suprimentos
Gerente de Suprimentos
Avaliar as medidas adotadas
Gerente de Suprimentos
Avaliar as medidas adotadas
Fim
1
Gerente de Risco
Analisar a notificação
Gerente de Risco
Anelisar a notificação

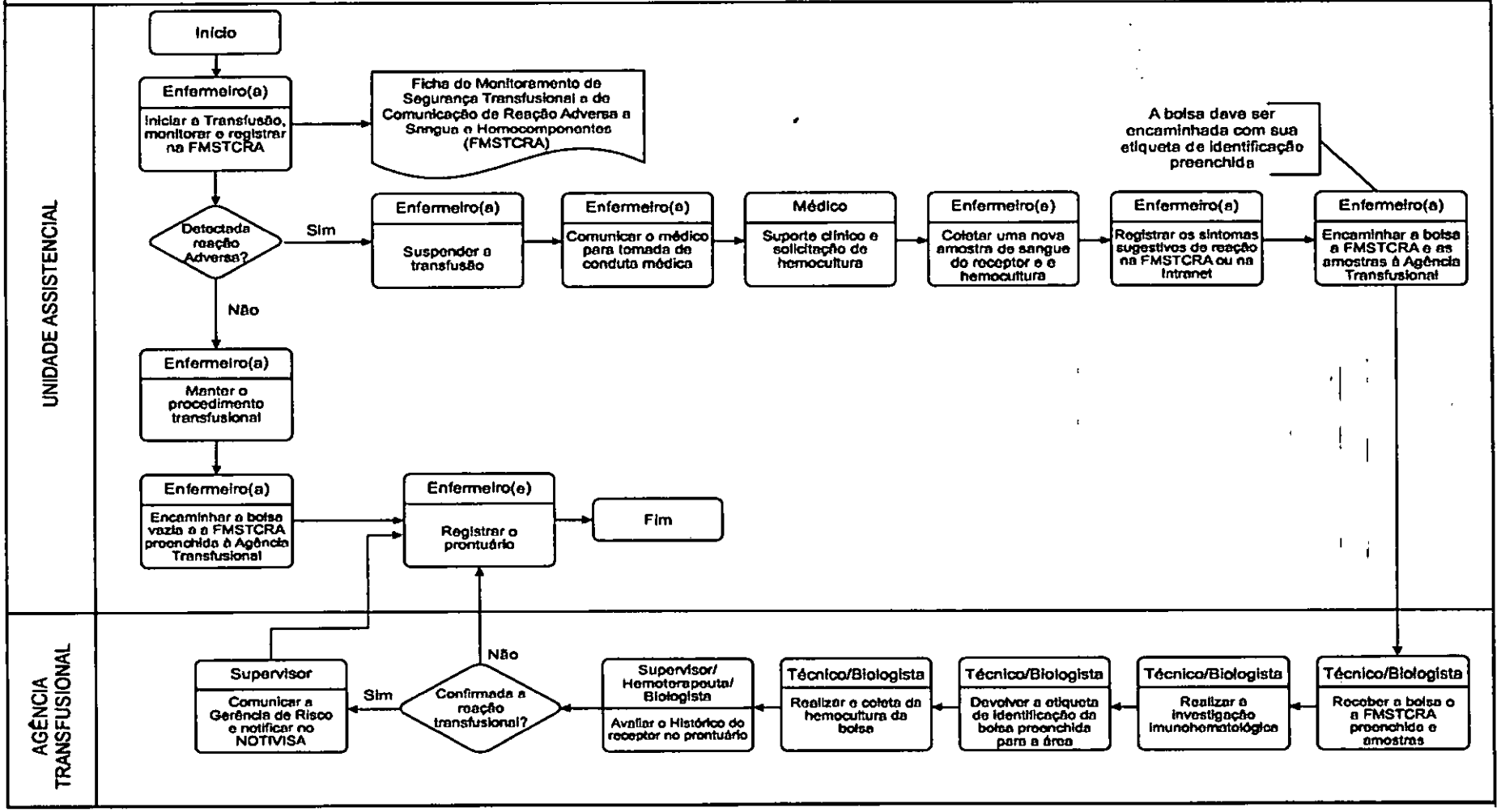
GERIR

FLUXOGRAMA DE TECNOVIGILÂNCIA



S.E.S. Fls: 1342 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

FLUXOGRAMA DE HEMOVIGILÂNCIA



S. E. S.
Fls: 1343
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

São produtos para a saúde:

- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes;
- Saneantes de uso hospitalar

TCE 1352

A Comissão de Gerenciamento de Risco – CGR do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital e estrutura física predial.

Diante da realidade vivida, com a ocorrência de eventos adversos na assistência, é clara a necessidade de melhoria nos processos, com foco na segurança dos pacientes, com resultados que tornam se cada vez mais presentes.

Com este objetivo, o **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** deverá implantar o Gerenciamento de Riscos, para minimizar e, se possível, eliminar todo e qualquer impacto negativo aos usuários/pacientes. Atualmente, a forma de trabalho está direcionada para os processos: como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir. Assim, podem-se propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência e propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar, e principalmente, para estar internado.

As ações vão ao encontro de outras já em andamento e que têm os mesmos objetivos: a busca da qualidade total e o compromisso socioambiental do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.**

Constituição Básica

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Gerenciamento de Risco, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de forma a contar com os seguintes membros:

Coordenador, Farmacêutico, Nutricionista, Representante do Serviço de Higiene e Limpeza, Enfermeiro (a); Representante do Serviço Administrativo; Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

Regimento Interno

CAPÍTULO I: Das Finalidades

Art. 1º. É objetivo desta Comissão:

a) Gerenciar a situações de risco do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN;**

b) Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN;**

c) Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;

d) Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

CAPÍTULO II: Da Organização

Art. 2º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

I - Coordenador;

II - Farmacêutico.

III - Nutricionista.

IV- Representante do Serviço de Higiene e Limpeza.

V - Enfermeiro (a).

VI - Representante do Serviço Administrativo.

VII - Técnico de Segurança do Trabalho.

VIII – Engenheiro.

S. E. S.
Fls: 1344
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Art. 3º. A Coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

TCE 1353

CAPÍTULO III: Das Atribuições

Art. 4º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** compete:

a) Informar situações que necessitem de atenção especial;

b) Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referencialmente para Avaliação Técnica estrutural do hospital;

e) Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do hospital;

f) Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;

g) Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;

h) Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;

i) Elaborar Relatório Anual de Atividades;

j) Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;

l) Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do hospital;

m) Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;

n) Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;

o) Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do hospital;

p) Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do hospital;

CAPITULO IV - FUNCIONAMENTO:

Art. 5º. A Comissão de Gerenciamento de Risco instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

Art. 6º. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

Art. 7º. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Art. 8º. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva;

CAPÍTULO V: Das Competências

Art. 9º. É competência da Comissão de Gerenciamento de Riscos:

a) Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;

b) Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

c) Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

d) Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

e) Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo hospital;

f) Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

g) Divulgar aos Serviços, via on-line, as alterações realizadas no âmbito hospitalar sempre que ocorrerem;

SES
Fls: 1345
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

h) Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;

i) Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados;

CAPÍTULO VI: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

TCE 1351

Art. 10º. A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 11º. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação

Cronograma anual de atividades

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Formar a Comissão de Gerenciamento do Risco												
Planejar a Implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco												
Identificar, classificar e mapear os riscos no Hospital												
Replicação da oficina no hospital												
Elaboração da Matriz – Identificação e classificação dos processos												
Elaboração da Matriz – Gerenciamento do processo												
Elaboração da Matriz – Identificação dos níveis de risco												
boração da Matriz – Plano de ação a o gerenciamento de risco												
Consolidação das Ações no Hospital												

4.1.2.10 Comitê Transfusional

Descrição da Finalidade

Integrar e articular todos os departamentos do hospital no que concerne ao uso e manipulação de sangue e seus derivados e coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue bem como investigação e auditorias pertinentes, com os seguintes objetivos:

1. Monitorar atividades hemoterápicas do **HUTRIN**, conforme dispositivos legais;

2. Promover integração entre Hemoterapia, demais setores e profissionais;

3. Educar as equipes e profissionais para o bom andamento do serviço;
4. Proporcionar segurança ao paciente e às equipes;
5. Produzir, disponibilizar e distribuir todas as informações necessárias sobre Hemoterapia.

Constituição Básica

O Comitê Transfusional terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Clínico
Medico Hematologista, Medico Intensivista, Medico da Clinica Cirúrgica e Enfermeiro.

Regimento Interno

CAPÍTULO I: CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN é de natureza técnica científica permanente.

Artigo 2° - O Comitê Transfusional tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados no hospital, bem como investigação e auditorias pertinentes.

CAPÍTULO II: ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I: COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Artigo 3° - O Comitê Transfusional terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira.

Parágrafo Único - As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

Artigo 4º – As indicações para integrar o Comitê Transfusional serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

I. 2 (um) representantes da área de Hematologia e Hemoterapia;
II. 1 (um) representante da Comissão Ética de Enfermagem;
III. 1 (um) representante da Comissão Ética de Médica;

S. E. S.
Fls: 1346
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1355

IV. 1 (um) representante do **INSTITUTO GERIR.**

Artigo 5º - O Presidente será um dos representantes da área de Hematologia e Hemoterapia do **HUTRIN**.

Artigo 6º - O vice-presidente será eleito pelos membros da Comissão.

Artigo 7º - O Diretor Clínico avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão o Comitê Transfusional e promoverá às designações destes.

Parágrafo Único – As designações serão referendadas pelo Conselho Deliberativo.

Artigo 8º - O Diretor Clínico, por indicação do Comitê, poderá promover a substituição dos integrantes do Comitê Transfusional.

Artigo 9º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Artigo 10º - As funções dos membros do Comitê Transfusional não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o Hospital de Urgências de Trindade.

Artigo 11º - O Comitê Transfusional convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 12º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência do Comitê Transfusional, a Diretoria Clínica, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

SEÇÃO II

FUNCIONAMENTO

Artigo 13º – O Comitê Transfusional reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º - O Comitê Transfusional instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o quórum em cada sessão antes de cada votação.

Parágrafo 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

Parágrafo 3º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao Plenário do Comitê Transfusional para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

Parágrafo 4º - As deliberações do Comitê Transfusional serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

Parágrafo 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Parágrafo 6º - A votação será nominal.

Artigo 14º – O Comitê Transfusional, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Parágrafo Único – O Comitê Transfusional, para execução de suas atividades poderá instalar Subcomissões de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional.

Artigo 15º – Os expedientes sujeitos à análise do Comitê Transfusional serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativo da Diretoria Clínica.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente do Comitê Transfusional ou por membro designado.

Artigo 16º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 17º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

Cronograma de Atividade Anual

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Implementação de novas rotinas para a coleta e descarte das bolsas transfundidas com segurança	■	■	■	■	■	■	■	■			■	
Elaboração de impresso específico para reserva de Hemocomponentes e compatibilidade sanguínea	■		■		■		■	■	■		■	
Treinamento continuado para os colaboradores da Agência Transfusional, bem como todos os colaboradores do H.E	■	■	■	■	■	■	■	■			■	

S. E. S.
Fls: 1347
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1356

4.1.2.11 Comissão de Farmácia e Terapêutica

a) Missão, Organização e Composição da Comissão.

Sua missão compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, objetivando a todo momento sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. O farmacêutico tem, portanto, uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

O Serviço de farmácia é o componente sistêmico da organização hospitalar onde é desenvolvida a assistência farmacêutica, que possui dois componentes básicos: o administrativo e o clínico.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica está diretamente subordinada à Diretoria Geral.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por membros, designados pelo Diretor Geral e assim distribuídos:

- 1 (um) representante da Farmácia;
- Responsável pelo Corpo Clínico;
- 1 (um) representante da Infectologia;
- 1 (um) representante da Clínica Cirúrgica;
- 1 (um) representante da UTI;
- 1 (um) representante da Enfermagem.

Para se desenvolver projetos especiais ou grupos de trabalho poderão ser criadas subcomissões com representação do Serviço de Assistência Social, Nutrição, e outros, dependendo dos objetivos a serem atingidos.

b) Atribuições Gerais

São atribuições gerais da Comissão:

- Assessorar a Direção Geral na formulação da política de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos;
- Organizar e manter atualizada a grade de medicamentos padronizados e correlatos a serem utilizados pelo Hospital, tendo em vista a eficiência terapêutica;
- Fomentar mudanças e reorientar a prática com a implantação do **Sistema de Dose Unitária;**

- Adotar medidas visando evitar a duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nome comercial diferente;
- Acompanhar estudos e pesquisas de medicamentos e correlatos, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico, emitindo parecer técnico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- Examinar e emitir parecer com referência a medicamentos e correlatos, no que diz respeito a propostas de: substituição ou eliminação da grade de medicamentos padronizados; novas aquisições;
- Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo: grade de medicamentos padronizados; dados farmacológicos e clínicos; reações adversas; ocorrências no emprego;
- Trabalhar métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de Alto Custo;
- Estruturar a implantação e a utilização de prescrição eletrônica;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre medicamentos e correlatos e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
- Emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da Comissão;
- Implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos medicamentos e correlatos;
- Recomendar e auxiliar na adoção e formulação de critérios para escolha, seleção, aquisição, uso e práticas corretas relativas aos medicamentos;
- Promover junto ao Corpo Clínico, ou por seu intermédio, a adoção de medidas relacionadas com a execução de normas indispensáveis para uso de medicamentos;
- Registrar e examinar as reações adversas causadas por medicamentos e propor medidas necessárias ao esclarecimento do pessoal auxiliar, bem como dos assuntos relacionados com o uso de medicamentos e outras substâncias;

S. E. S.
Fls: 1348
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Emitir parecer de caráter técnico-científico em assuntos relacionados aos produtos farmacêuticos;
- Revisar frequentemente a grade de medicamentos padronizados a fim de manter sua atualização, propondo adição ou exclusão de medicamentos e/ou produtos;
- Estudar as solicitações de inclusão de novos medicamentos sugeridas pelo corpo clínico do hospital;
- Formular programas de esclarecimentos ao Corpo Técnico, para conhecimento do uso de novos produtos do Hospital.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

Das finalidades

ART 1º - A Comissão de Farmácia e terapêutica, tem por finalidade elaborar uma listagem de medicações disponíveis na SCMP, identificados por sua nomenclatura genérica (nome farmacológico), conforme Denominação Comum Brasileira(DCB), acrescida das formas de apresentações e concentrações, e suas respectivas indicações. Bem como definir estratégias que possibilitem a inclusão e exclusão de medicações nesta listagem.

CAPÍTULO II

Da composição e definições

ART 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por membros executores, sendo estes profissionais da área da saúde, de nível superior, nomeados pela Direção do hospital, e por membros consultores , sendo estes profissionais da saúde, de nível superior que façam parte do quadro funcional do hospital.

Parágrafo 1º - Os membros executores, indicados pela Direção do Hospital, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão. São membros executores:

- Diretor técnico;
- Diretor Clínico;
- Médico da CCIH;
- Um membro Administração;
- Dois Farmacêuticos;
- Uma enfermeira da CCIH.

Parágrafo 2º - Os membros consultores são médicos chefes de serviço ou na sua ausência será o especialista na área a ser consultada e que estão em contato direto com o paciente para restabelecer a sua saúde.

Parágrafo 3º - O mandato dos membros executores será de dois anos, podendo ser reindicados.

Parágrafo 4º - O presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica será um dos membros da mesma e indicado pela Direção do hospital.

Parágrafo 5º - A secretária da Comissão de Farmácia e Terapêutica será um dos membros da mesma e indicada pela Direção do hospital.

ART 3º - A Comissão funciona como um órgão assessor da administração, tendo assegurada a sua autonomia funcional.

Parágrafo 1º - A autonomia funcional se caracteriza pela independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas a padronização de medicações.

Parágrafo 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica utilizará deste regimento, do compromisso da SCMP, das normas dos Conselhos Regionais dos membros da equipe e da legislação vigente para o exercício de suas atividades disciplinares.

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS EXECUTORES

ART 5º - São atribuições específicas dos membros executores:

- Redigir o formulário de padronização e mantê-lo atualizado;
- Selecionar os medicamentos para uso do hospital;
- Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa;

S.E.S.
Fls: 1349
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Avaliar a exclusão de medicações da padronização;
- Divulgar informações sobre o uso de medicamentos;
- Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos;
- Estabelecer normas para a utilização de medicamentos R(uso restrito) e não padronizados.
- Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados, tendo um prazo de até 48 horas para emitir seu parecer. Em caso de anti-infecciosos o parecer será dado pela CCIH.

Caberá ao presidente:

TCE 1358

- Convocar e presidir reuniões;
- Coordenar a equipe;
- Assinar documentos em nome da Comissão; Caberá a secretária:
- Registrar em ata as resoluções da Comissão;
- Encaminhar documentos redigidos pela Comissão.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS CONSULTORES

ART 6º - São atribuições dos membros Consultores:

- Auxiliar os membros executores na inclusão e exclusão de um medicamento;

CAPÍTULO V
DAS REUNIÕES

ART 7º - Os assuntos submetidos a apreciação da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão relatados por um dos membros executores nas reuniões, de acordo com a ordem do dia para discussão e votação.

Parágrafo 1º - Das reuniões serão feitas atas, relatando os temas, proposições, planejamentos e conclusões.

ART 9º - As reuniões da - A Comissão de Farmácia e Terapêutica serão semestrais, sendo os membros convocados com um mínimo de 48 horas de antecedência. Em caso de caráter de urgência, os membros serão convocados a qualquer tempo.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ART 10º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem autonomia de ação, devendo suas determinações ser observadas por todos os profissionais que exerçam atividades no hospital.

ART 11º - As infrações decorrentes do não cumprimento do artigo anterior serão encaminhadas à Comissão de Ética e dado ciência ao Conselho Técnico, solicitando-se uma manifestação dessas entidades em um prazo de dez dias.

ART 12º - Cabe a direção do hospital aprovar e fazer respeitar o regimento interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

ART 13º - O presente regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

ART 14º - Este regimento foi elaborado com base nas leis vigentes.

ART 15º - Renovação do manual de padronização a cada 2 anos.

PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A Padronização de Medicamentos é uma listagem dos fármacos disponíveis na SCMP identificados por sua nomenclatura genérica (nome farmacológico),conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e acrescida pelas formas de apresentação, concentrações, e suas respectivas indicações. A padronização objetiva facilitar a prescrição médica, otimizar recursos e qualificar a assistência através de orientação e informações ao corpo técnico.

1.1 Medicamentos padronizados

Estes medicamentos são classificados em:

- Uso Sem Restrições – medicamentos constantes na seleção de medicamentos da SCMP e dispensados pela farmácia mediante a prescrição médica.

Uso Restrito (R)– possuem uma ou mais das seguintes características: indicação muito específica, pressão para indução de resistência bacteriana, maior potencial para produção de efeitos adversos ou interações medicamentosas, uso inadequado ou abusivo, comercialização muito recente, dificuldade de obtenção no mercado nacional e alto custo. Além da prescrição, estes fármacos exigem, para dispensação, o preenchimento adequado do Formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito, com validade de 7 dias, podendo ser renovado se necessário . No caso de antimicrobianos deve ser preenchido Formulário de Controle do uso de antimicrobianos com validade de 3, 7 a 21 dias, dependendo da infecção e tratamento prescrito, para a albumina e aminoácidos deve ser preenchido no Formulário do Sistema Único de Saúde- Laudo p/ Solicitação/Autorização de Mudança de procedimento Especial.

- OBSERVAÇÃO: os medicamentos de alto custo poderão não estar disponíveis momentaneamente na farmácia, por dificuldades económicas circunstancias ou pela não disponibilidade no mercado. Ocorrendo este fato, o médico responsável deverá ser imediatamente comunicado pela farmácia.

1.2 Medicamentos não padronizados

São medicamentos de uso eventual em casos justificados, e que não fazem parte do conjunto de fármacos que atendem as necessidades usuais de pacientes internados. Como tal, não são mantidos em estoque, exigindo um prazo de até 72 horas úteis para a sua aquisição. A solicitação para compra é gerada pela prescrição e pelo preenchimento adequado do Formulário de Solicitação de Medicação Não Padronizado após avaliação e autorização pela CFT. A solicitação da medicação tem validade por 7 dias, podendo ser renovada. OBSERVAÇÃO: Nas internações eletivas de pacientes já em uso crônico de medicamentos não padronizados, solicitamos aos médicos orientarem os mesmos para que já tragam de casa estes remédios (exemplos: pacientes hipertensos admitidos para tratamento clínico ou cirúrgicos ou tratamento de outra doença). Com isto, queremos evitar que o mesmo fique sem tratamento até que haja tempo para a farmácia adquirir a medicação.

1.3 Medicamentos controlados

São os medicamentos listados pela ANVISA, através da portaria 344/98, necessitando o preenchimento de receita específica. Na padronização são identificados pela letra "C". A Vigilância sanitária de Pelotas autorizou a SCMP a abolir as receitas e o livro de registro de entorpecentes e psicotrópicos.

2 - Rotina para a prescrição de medicamentos padronizados de uso restrito

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT/SCMP. No caso de antimicrobianos está avaliação será realizada pela CCIH. A farmácia dispensa os padronizados de uso restrito até a sua avaliação. Não havendo autorização para o uso, a justificativa é encaminhada a unidade, para que o médico solicitante tenha conhecimento que a medicação prescrita não será fornecida ao paciente. O médico responsável pelo paciente poderá entrar em contato com um dos membros da CFT para discussão do caso ou poderá refazer a justificativa.

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de Formulário de Solicitação de Medicação Não padronizada devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT/SCMP. A solicitação de compra é gerada após a avaliação e autorização pela CFT e ou Diretor Técnico, e prazo para a aquisição é de 72 horas.

3- Critérios para inclusão de medicamentos na padronização

A CFT adota critérios rígidos para a padronização de medicamentos. Estes critérios, baseados nos conceitos da farmacologia clínica e no uso racional dos fármacos, são citados abaixo:

- Incluir fármacos de comprovada eficácia, isto é, aqueles em que se quantificou, através de ensaios clínicos randomizados, definido efeito benéfico na espécie humana; na inexistência desses estudos, privilegiar os medicamentos com extensa experiência de emprego clínico;

S.E.S. Fls. 1351 Rubrica

- Entre medicamentos de igual eficácia, selecionar aqueles com menor toxicidade relativa e maior comodidade de administração;
- Entre medicamentos de uma mesma classe farmacológica, definir um representante que atenda aos critérios prévios; em alguns casos, incluir mais de um representante com propriedades equivalentes, com o intuito de propiciar a competitividade entre diferentes fornecedores;
- Limitar o número de apresentações, selecionar aquelas que contemplam maiores possibilidades de aproveitamento dos medicamentos;
- Padronizar, preferentemente, apresentações com um único medicamento e as associações de comprovada utilidade;
- Categorizar alguns fármacos como de uso restrito, quando envolverem indicações muito precisas, riscos bem definidos ou custo importante; os medicamentos de uso restrito somente serão liberados para as indicações especificadas;
- Incluir novos fármacos somente quando as evidências de eficácia superior tiverem sido bem demonstradas (no mínimo 2 anos), pois alguns efeitos indesejáveis só são detectados com o uso continuado;
- Evitar como critério de inclusão a chamada "experiência pessoal", pois ela tem reduzido poder em quantificar os benefícios dos medicamentos.
- a solicitação de inclusão de medicamento na padronização deverá ser feita em formulário próprio (Solicitação de Revisão de Medicamentos na padronização) que será avaliado pela CFT.

Os critérios adotados pela CFT para a exclusão de algum medicamento da padronização são:

- Fármaco não prescrito nos últimos 6 (seis) meses a pacientes internados na SCMP;
- Evidências de efeitos tóxicos ou outros efeitos adversos significativos, havendo alternativas mais seguras;
- Indisponibilidade do produto no mercado, inviabilizando a compra.
- A solicitação de exclusão de medicamentos da padronização deverá ser feita em formulário próprio (Solicitação de Revisão de Medicamentos na padronização).

Cronograma anual de atividades

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões de Planejamento												
Criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica												
Implementação do Regimento Interno												
Auditoria da Comissão												
Implementação de Indicadores												
Auditoria de Indicadores												

4.1.2.12 Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Descrição da Finalidade

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar no Hospital, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde pública e do meio ambiente.

Atribuições da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

• adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando a prevendo e controle dos resíduos hospitalares;

• capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;

- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;
- Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde publica e meio ambiente;

S. E. S
Fls: 1352
Visto

- Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;
- Elaborar regimento interno para a CGRSSS;
- Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

TCE 1361

Constituição Básica

Direção Geral, Engenheiro Ambiental, Técnico em segurança do trabalho, representantes dos serviços terceirizados, enfermagem, assistência farmacêutica e serviços hospitalares.

Plano Estratégico de Gerenciamento de Resíduos

Diante do exposto o Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalização e Execução – **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** deverá dotar os intervenientes de informação e orientações que os apoiem na tomada de decisão sobre os vários aspectos que envolvem os resíduos hospitalares, em particular a sua gestão. Denotar, que a estratégia do PERH pressupõe o reforço e convergência de sinergias por parte dos diferentes agentes envolvidos no sentido de uma efetiva implementação do Plano, num entendimento assumido de responsabilidade compartilhada. Assim, para cada ação são indicados os principais intervenientes envolvidos ou a envolver, sendo estes os responsáveis pela sua concretização e, consequentemente, pela persecução dos objetivos operacionais estabelecidos.

Estes deverão ser conjugados com as ações a desenvolver, visando a assegurar o cumprimento das estratégias definidas nos normativos legais, comunitários e nacionais, bem como fomentar o conhecimento e o desenvolvimento técnico e científico em matéria de resíduos hospitalares. Os objetivos e ações deverão ser cinco eixos Estratégicos, a saber:

Eixo I – Prevenção;

Eixo II – Informação, Conhecimento e Inovação;

Eixo III – Sensibilização, Formação e Educação;

Eixo IV – Operacionalização da Gestão;

Eixo V – Acompanhamento e Controle

Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalização e Execução – **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** deverá ser estruturado em:

"**Avaliação Situacional**", no qual se faz um balanço da concretização das metas estabelecidas na situação presente analise de novas perspectivas;

"**Enquadramento**", em que se referem as principais linhas de orientação político-estratégicas para o atual Plano;

"**Situação de referência**", na qual se procede à análise da situação atual com uma apresentação dos quantitativos de produção dos resíduos hospitalares, para além da identificação e caracterização dos operadores e das instalações de gestão dos resíduos hospitalares; os "***Cenários para a gestão dos resíduos hospitalares***", onde se projetam as tendências de evolução; a "***Estratégia do Plano***", com os eixos estratégicos.

Este Plano Estratégico deverá atender ainda ao regime econômico-financeiro da gestão de resíduos, consignado no Decreto-Lei n.º 178/2006, de 5 de Setembro, a par das linhas de financiamento consubstanciadas no Quadro de Referência Estratégico Nacional: (QREN) para o período 2007-2013.

A elaboração do **Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalização e Execução** – Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN foi delineada na respectiva Avaliação Ambiental Estratégica, nos termos do disposto da legislação Federal/Estadual.

Tecnologias de Tratamento e Eliminação de Resíduos Hospitalares

Os processos de tratamento dos resíduos hospitalares têm como objetivo reduzir o perigo para a saúde pública e para o ambiente permitindo a sua manipulação com maior segurança, minimizar o impacte visual destes resíduos tornando-os irreconhecíveis, nomeadamente por razões éticas, e reduzir o seu volume.

S. E. S.
Fls: 1353
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

A seleção da tecnologia dos resíduos hospitalares deve ser efetuada de acordo com as características dos resíduos, com a eficácia do processo, com as características do resíduo resultante do tratamento e com potenciais impactos a nível do ambiente, bem como com as especificidades da Região ou do país onde o resíduo é produzido.

Assim, a determinação de um processo de tratamento deve ter por base fatores, tais como:

• Eficácia a descontaminação para os diferentes microrganismos – capacidade de redução do número de organismos infecciosos para um nível seguro (i.e., para um nível que não constitua perigo para a saúde humana);

• Capacidade de tornar os objetos cortantes e perfurantes inutilizáveis e irreconhecíveis e de destruir os químicos perigosos;

• Questões éticas – capacidade de descaracterização visual dos resíduos anatômicos; Requisitos legais;

• Riscos efetivos em termos de saúde e de condições de segurança;

• Impactos no ambiente, nomeadamente emissões para o ar, água e solo, tanto na fase normal de funcionamento do processo, como quando existe necessidade de paragem ou problemas de funcionamento;

• Redução de volume e de massa;

• Quantidade e tipo de resíduos para tratamento e capacidade disponível do sistema; Requisitos das infraestruturas e considerações de operação e manutenção;

• Opções locais de tratamento e de deposição final e tecnologias disponíveis; Destino dos resíduos sólidos e líquidos resultantes do tratamento; Investimento e custo de operação;

• Aceitação pública.

Fatores que influenciam a eficácia do tratamento.

As tecnologias de tratamento de resíduos hospitalares podem ser agrupadas em processos de desinfecção e de incineração.

Produção de Resíduos Hospitalares – Situação e Referência

O conhecimento dos quantitativos de resíduos hospitalares produzidos constitui um dos elementos fundamentais para a consecução dos objetivos de uma política de gestão dos mesmos.

Desta forma constituem resíduos hospitalares do Grupo I os equiparados a urbanos, não requerendo exigências especiais para o seu tratamento; do Grupo II aqueles que não necessitam de tratamentos específicos, podendo ser tratados conjuntamente com os urbanos; os resíduos de risco biológico, contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de pré-tratamento eficaz que permita a sua posterior eliminação como resíduo urbano constituem resíduos hospitalares do Grupo III; enquanto o Grupo IV integra os resíduos específicos, de incineração obrigatória, como sejam: peças anatômicas identificáveis, fetos e placentas; cadáveres de animais de experiências laboratoriais; materiais cortantes e perfurantes; produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica; citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

No entanto, de modo a ser fomentada a recolha seletiva, no sentido do devido encaminhamento dos resíduos para reciclagem ou mesmo reutilização, há ainda a considerar os resíduos que, pela sua especificidade, podem ser geridos de forma distinta dos restantes. Assim, para efeitos do presente Plano, há ainda a considerar as seguintes categorias de resíduos:

• Fileiras – "papel e cartão" e "matéria orgânica";

• Fluxos específicos – "embalagens e resíduos de embalagens", "resíduos de equipamentos elétricos e eletrônicos", "pilhas e acumuladores" e "óleos alimentares usados";

• Outros resíduos com especificidades de gestão e com maior relevância no contexto do PERH – "amálgamas dentárias", "consumíveis informáticos", "produtos químicos rejeitados" e "outros resíduos de atividades de radiodiagnóstico";

• Outros – "monstros" e "outros resíduos urbanos e equiparados".

Cenários Para a Gestão dos Resíduos Hospitalares

Fatores e Tendências com Influência na Produção de Resíduos Hospitalares e na sua Tipologia

Constata-se que a natureza dos problemas de saúde está a mudar a um ritmo totalmente inesperado, sendo certo que esta mudança terá um impacto também ao nível dos resíduos hospitalares.

Tendências como a urbanização, o aumento da esperança de vida e as mudanças globalizadas nos estilos de vida, ao combinar-se entre si poderão conduzir a importantes causas de mobilidade e de mortalidade da população como doenças crônicas e não transmissíveis – incluindo a depressão, diabetes, doença cardiovascular e oncológica – e os traumatismos (OMS/ACS, 2008), podendo de esta forma potenciar não só um aumento da produção de resíduos, mas também originar mais resíduos perigosos.

Simultaneamente, surgem as alterações climáticas como um dos maiores desafios que se colocam à Humanidade neste século, estando os seus principais efeitos indireta relacionados com a alteração da qualidade da água, diminuição da água potável disponível, subida do nível médio do mar, aumento das doenças de origem hídrica e da área alimentar, aumento dos fenômenos de poluição atmosférica, alteração da distribuição geográfica de vetores de agentes que podem provocar doenças, diminuição da produtividade agrícola e efeitos sócios - econômicos.

É previsível que as alterações climáticas potenciem o aumento da prevalência das doenças respiratórias e cardiovasculares associadas aos fenômenos de poluição atmosférica, o aumento do número de mortes e acidentes associados às inundações, tempestades, secas e fogos florestais, e o aumento de doenças veiculadas pela água e os alimentos.

Outros fatores que podem interferir com a gestão dos resíduos hospitalares são as situações de pandemia, não só pelo aumento previsto da produção de resíduos hospitalares do Grupo III e do Grupo IV, mas também pelo possível acréscimo de absentismo do pessoal encarregado da gestão destes resíduos, sendo por isso necessário prever para estas situações alternativas de armazenamento e de tratamento/eliminação dos resíduos.

O aumento da prestação de cuidados de saúde junto da população conduzirá igualmente a uma maior produção de resíduos hospitalares, sobretudo ao nível dos Centros de Saúde/ Agrupamentos de Centros de Saúde.

Importa também mencionar o aumento expectável do tratamento domiciliário, com produção difusa de resíduos hospitalares associadas.

Por último, importa ainda referir que as medidas de controlo da transmissão de infecções têm-se traduzido pela crescente utilização de material de uso único (acondicionado em embalagens individuais), o que, inevitavelmente, conduzirá a uma maior produção de resíduos hospitalares.

Estratégia - Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN **Visão e Eixos Estratégicos**

Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalização e Execução – HUTRIN visará assegurar que a estratégia nacional em matéria de resíduos hospitalares promova a prevenção da produção de resíduos, assente numa lógica do ciclo de vida dos materiais e na valorização destes resíduos, num referencial de eficiência e segurança das operações de gestão de resíduos, impulsionando a utilização das melhores técnicas disponíveis e fomentando o conhecimento e a inovação, na assunção da salvaguarda da proteção do ambiente e da saúde humana.

Eixos Estratégicos do Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalização e Execução – HUTRIN encerram um conjunto de Objetivos, concretizados através de ações a implementar ou operacionalizar por diferentes metodologias, no setor público e privado, entidades singulares ou coletivas, cuja área de competência funcional é determinante.

Neste contexto, foram definidos cinco Eixos Estratégicos:

Eixo I - Prevenção;

Eixo II – Informação, Conhecimento e Inovação;

Eixo III - Sensibilização, Formação e Educação;

Eixo IV – Operacionalização da Gestão;

Eixo V - Acompanhamento e Controle.

EIXO ESTRATÉGICO	OBJETIVOS
Prevenção	I.1. Reduzir a produção de resíduos hospitalares I.2. Reduzir a perigosidade dos resíduos hospitalares I.3. Minimizar os impactos adversos resultantes dos resíduos hospitalares produzidos
Informação, Conhecimento e Inovação.	II.1. Garantir e disponibilizar informação viável e contemplada em matéria de resíduos hospitalares II.2. Incentivar a investigação e a inovação em matéria de resíduos hospitalares
Sensibilização, Formação e Educação.	III.1. Assegurar que os profissionais envolvidos na gestão dos resíduos hospitalares possuem a habilitação e qualificação adequada ao desempenho das suas funções III.2. Garantir que os diferentes intervenientes contribuem para a concretização da estratégia a nível da gestão dos resíduos hospitalares
Operacionalização da Gestão	IV.1. Melhorar a gestão e logística dos resíduos hospitalares nos locais de produção IV.2. Aumentar a quantidade de resíduos encaminhados para reutilização, reciclagem e outras formas de valorização IV.3. Mitigar a exportação de resíduos hospitalares perigosos IV.4. Garantir uma melhor regulação da gestão dos resíduos hospitalares IV.5. Garantir a efetiva aplicação de um regime económico e financeiro da atividade de gestão dos resíduos hospitalares
Acompanhamento e Controlo	V.1. Incentivar a utilização de mecanismos que permitam uma melhoria de gestão dos resíduos hospitalares V.2. Garantir o cumprimento da legislação por parte dos diferentes intervenientes

Ações, Intervenientes e Horizonte Temporal de Implementação.

Considerando as linhas estratégicas delineadas, preconizam-se ações para a concretização da gestão dos resíduos hospitalares a desenvolver no período de vigência do Plano, que se apresentam de seguida, por Eixo Estratégico e por objetivo, elencado igualmente os principais responsáveis ou intervenientes na sua implementação.

Eixo I – Prevenção

A Prevenção constitui o primeiro Eixo Estratégico do Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalização e Execução – HUTRIN, enquanto prioridade estratégica para a gestão dos resíduos hospitalares, em alinhamento com o preconizado no regime jurídico de gestão de resíduos, que estabelece a prevenção como um objetivo prioritário da política de gestão de resíduos.

Não só porque a esperança média de vida está a aumentar, com a consequente procura dos serviços de saúde, mas também pelo uso crescente de materiais descartáveis e pelo recurso cada vez maior da população aos cuidados de saúde, haverá uma tendência natural para o aumento da produção de resíduos nas unidades de prestação de cuidados de saúde, pelo que prevenir e minimizar a produção de resíduos constitui uma aposta do presente Plano.

O novo conceito de prevenção é mais abrangente do que a vertente "quantidade".

De acordo com o Regime Geral de Gestão de Resíduos, "prevenção" é definida como "as medidas destinadas a ***reduzir*** a ***quantidade*** e o ***caráter perigoso*** para o ambiente ou a saúde dos resíduos e materiais ou substâncias neles contidas". A Diretiva-Quadro dos Resíduos (DQR) vai mais longe, ao definir o termo como as "medidas tomadas antes de uma substância, material ou produto se ter transformado em resíduo, destinadas a ***reduzir***".

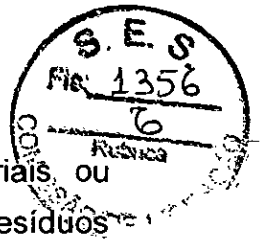
a) a ***quantidade*** de resíduos, designadamente através da reutilização de produtos ou do prolongamento do tempo de vida dos produtos;

b) os ***impactos adversos*** no ambiente e na saúde humana resultantes dos resíduos gerados; ou

c) "o teor de substâncias nocivas presentes nos materiais e nos produtos".

A prevenção da produção de resíduos pode ser beneficiada, sempre que possível pela:

- Substituição de produtos;
- Alteração de produtos;
- Alteração de procedimentos;
- Preferência por produtos reutilizáveis;
- Uma adequada gestão de *stocks*;
- Promoção da responsabilidade alargada do produtor.



Implementar medidas preventivas ao nível das substâncias, materiais ou produtos que visem diminuir a quantidade e/ou periocidade dos resíduos hospitalares implica, em muitas situações, a substituição por substâncias alternativas ou a alteração dos processos produtivos das substâncias, materiais ou produtos numa perspectiva de economia mais segura, com menores impactos, e mais eficientes na forma como se utilizam os recursos naturais, o que envolve inevitavelmente a cooperação entre diferentes atores chave que participam e intervêm no contexto da oferta e da procura. Para o efeito, é essencial melhorar a eficiência e a eficácia na utilização de recursos naturais (matéria e energia), determinando uma concepção mais sustentável dos produtos e um consumo mais responsável, nos sistemas de produção-consumo da saúde humana.

No que respeita à minimização da quantidade de resíduos hospitalares gerados nas unidades produtoras de resíduos hospitalares, importará implementar medidas de prevenção da produção de resíduos hospitalares ao nível das compras, nomeadamente através da promoção, nas UPCS, de compras e contratos de prestação de serviços com critérios de sustentabilidade que contribuam para este objetivo.

Também o reforço dos sistemas de gestão internos da unidade produtora de resíduos hospitalares tem como finalidade limitar as necessidades ao essencial, minimizando ao indispensável o armazenamento de produtos com prazo de validade e fomentando o recurso a sistemas de gestão de *stocks* mais eficientes, o que permitirá uma gestão mais eficiente dos produtos com prazo de validade.

Os meios de diagnóstico aos quais esteja associada uma menor produção de resíduos hospitalares também deverão ser promovidos, como é o caso do recurso à leitura dos raios-X diretamente no computador em detrimento da respectiva impressão.

Conjuntamente, a promoção da reutilização dos materiais é uma preocupação associada a este Eixo, podendo ser alcançada através da promoção, nas unidades de prestação de cuidados de saúde, da substituição de materiais/equipamentos por reutilizáveis (nomeadamente através da descontaminação e esterilização), desde que a segurança seja assegurada e mantida os níveis de exigência, em função do uso a que se destinam. Devolver aos fornecedores as embalagens não contaminadas passíveis de reutilização é outra forma de promover este objetivo.

A compreensão da natureza e proveniência dos resíduos hospitalares e a identificação dos seus componentes predominantes constituem requisitos essenciais para uma adequada implementação da estratégia de prevenção que se preconiza no presente Plano.

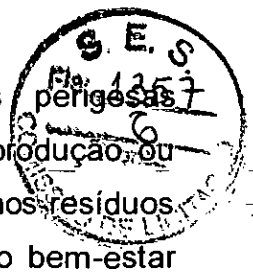
A promoção da substituição de produtos que resultam em resíduos hospitalares perigosos por outros com menor grau de perigo, nas unidades de prestação de cuidados de saúde, concorrerá para a minimização da quantidade de substâncias perigosas presentes nos materiais e nos produtos, e poderá ser conseguida através da implementação de um programa de inventariação de produtos/materiais perigosos usados nas unidades de prestação de cuidados de saúde e subsequente substituição de substâncias perigosas presentes nos materiais e produtos por outras menos perigosas.

A aplicação de medidas preventivas ao nível das substâncias, materiais ou produtos que diminuam a quantidade e o grau de perigo dos resíduos hospitalares gerados contribuem para a redução dos perigos e dos riscos dos profissionais nas entidades produtoras de resíduos hospitalares e daqueles que desenvolvem a sua atividade profissional nos operadores de resíduos hospitalares, pela redução potencial da exposição dos profissionais aos riscos biológicos, químicos e físicos associados aos resíduos hospitalares.

Importante realçar que existem boas práticas instituídas que deverão ser identificadas e divulgadas. Neste contexto, dever-se-á proceder a um levantamento e divulgação de boas práticas de prevenção da quantidade e grau de perigo dos resíduos hospitalares, transmitindo não só o que foi feito, mas também os ganhos alcançados não só a nível ambiental, mas também a nível financeiro.

Neste sentido, preconiza-se a elaboração de Fichas de Boas Práticas, as quais identificarão as melhores práticas no contexto da gestão de resíduos, nomeadamente no que se refere à implementação da contabilidade ambiental, otimização da gestão de *stocks*, medidas de racionalização do uso de dispositivos de uso único e outras medidas de políticas de compras sustentáveis. A realização de oficinas e seminários permitirá a divulgação das boas práticas identificadas ao nível da prevenção da produção de resíduos.

TCE 1366



A presença de agentes infecciosos, substâncias químicas perigosas (nomeadamente carcinogênicas, mutagênicas, tóxicas para a reprodução ou radioativas) e de materiais cortantes e perfurantes, entre outros, nos resíduos hospitalares pode conduzir a acidentes, doenças e alterações do bem-estar dos profissionais, pelo que importa garantir a adoção de medidas dos Programas de Saúde Ocupacional/Segurança e Saúde no Trabalho nas entidades/instituições/organizações, suportadas numa adequada avaliação dos riscos, no sentido de reduzir a exposição dos profissionais aos resíduos hospitalares.

Neste contexto, consideram-se como grupos profissionais de risco, designadamente, médicos, veterinários, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutico, auxiliar de ação médica ou de apoio e vigilância, funcionários que prestam serviços de apoio às atividades de saúde humana e de saúde animal (lavanderia, limpeza, esterilização, coleta e transporte de resíduos) e profissionais que desenvolvam a sua atividade na gestão de resíduos hospitalares.

Importa ainda salientar que existem profissionais, designadamente os que manipulam os resíduos nos produtores e operadores de resíduos hospitalares que, por estarem mais expostos (dado o seu contato mais direto com os resíduos hospitalares e por um período de tempo superior ao dos outros profissionais), poderão necessitar de medidas de proteção adequadas. Neste âmbito e no quadro deste Plano, será da maior relevância elaborar orientações / recomendações de segurança e de saúde no trabalho, dirigidas aos profissionais potencialmente mais expostos aos resíduos hospitalares.

A gestão adequada de resíduos, que visa salvaguardar a saúde humana e o ambiente, assume particular importância no contexto dos resíduos hospitalares, nomeadamente no que respeita aos impactes destes resíduos no ambiente, designadamente no que se refere a aspectos microbiológicos, toxicológicos e genotóxicos que, associados ao tipo e volume de efluentes produzidos, colocam importantes questões sobre o risco potencial não só para os diversos compartimentos ambientais como na saúde humana. De salientar ainda o caráter cumulativo de algumas substâncias constituintes dos resíduos hospitalares que podem gerar, ao longo prazo, graves efeitos nos ecossistemas receptores.

Eixo II – Informação, Conhecimento e Inovação.

Este Eixo Estratégico é orientado para a aquisição da informação de base, nomeadamente como resultado da evolução científica e tecnológica nas áreas da saúde e do ambiente.

O recolhimento, a monitorização e a disponibilização da informação contribuirão para o desenvolvimento do conhecimento relativo aos resíduos hospitalares. Para o efeito, a garantia e disponibilização de um sistema de informação de resíduos hospitalares representativo, fiável e de qualidade serão essencial para obter informação mais rigorosa sobre a classificação, quantidade e operação efetuadas. Para tal é necessário assegurar o preenchimento do SIRAPA por todos os intervenientes na gestão dos resíduos hospitalares, bem como implementar rotinas de validação e/ou auditorias (internas e externas) regulares à informação declarada. A georreferenciação dos dados relativos aos resíduos hospitalares é também um elemento essencial, pois permitirá obter informação sobre as localizações de produção, tratamento e destino final dos resíduos.

De modo a garantir o conhecimento do sector ao nível dos diferentes intervenientes importa proceder à divulgação e disseminação dos resultados alcançados na gestão dos resíduos hospitalares, nomeadamente no que se refere à prevenção; recolha tratamento, valorização e eliminação de resíduos hospitalares.

Visando desenvolver o conhecimento técnico-científico e fomentar o compartilhamento de conhecimento e boas práticas entre profissionais, importa implementar uma rede de conhecimento em matéria de resíduos hospitalares, não só através da promoção de *fora* de discussão, nacionais e internacionais, incentivando a troca de experiências sobre projetos de I&D, designadamente ao nível do *ecodesign* e de processos de tratamento de resíduos hospitalares tal poderá ser fomentado através da construção de um Portal para o efeito ou potenciando sinergias com o Portal que já se encontra preconizado no Plano Tecnológico da Saúde dirigido aos profissionais do SNS.

Pretende-se ainda incentivar a investigação e a inovação, apoiando iniciativas e projetos de I&D, designadamente nos seguintes domínios:

• Tendências de saúde e sua influência na produção de resíduos hospitalares;

• Perigos, riscos associados à gestão dos resíduos hospitalares nas unidades de prestação de cuidados de saúde e de uma inadequada gestão;

• Valias econômicas de uma adequada gestão dos resíduos hospitalares.

O estabelecimento de parcerias, nacionais e internacionais, com empresas, centros de investigação e Universidades, será um dos fatores que concorrerá para a efetiva concretização do anteriormente exposto.

Deverá ainda ser dinamizado o acompanhamento, a nível comunitário e internacional, das temáticas relevantes no contexto nacional, associadas aos resíduos hospitalares.

Eixo III – Sensibilização, Formação e Educação.

O potencial da sensibilização, formação e educação visa contribuir para uma gestão mais adequada e eficiente dos resíduos minimizando os riscos associados à sua manipulação. Para tal é necessário garantir formação aos produtores de resíduos; aos profissionais que manipulam, recolhem e transportam resíduos; aos gestores, peças chave para a implementação do plano de gestão de resíduos; e aos operadores responsáveis pelo tratamento e eliminação dos resíduos hospitalares.

A formação deve ser assegurada numa base contínua sendo, no entanto necessário o reforço nas situações em que se verifique a introdução de novos equipamentos ou quando se verificam alterações tecnológicas ou regulamentares.

Os programas de formação e educação devem incluir não só as boas práticas, os requisitos regulamentares, a utilização dos equipamentos de proteção individual adequados; mas também as estratégias de minimização da produção de resíduos, segregação, rotulagem, armazenamento, transporte e eliminação; e primeiros socorros. Os programas de educação e formação devem ser avaliados e atualizados numa base regular de forma a assegurar a sua relevância e aceitação junto dos profissionais.

O reforço da formação especializada e a aposta na qualificação dos profissionais das unidades de prestação de cuidados de saúde, públicas e privadas, e das unidades produtoras de resíduos hospitalares consubstancia um importante meio para a operacionalização deste Plano.

A formação profissional deverá contribuir para que os profissionais envolvidos na gestão dos resíduos hospitalares possuam o conhecimento adequado, devendo as ações de informação/sensibilização/formação, estar vocacionados para os vários públicos-alvo.

A formação deverá ser estendida a todas as categorias de técnicos de saúde, abrangendo o maior número possível de profissionais, nomeadamente os coordenadores de equipas técnicas, os trabalhadores das unidades produtoras de resíduos hospitalares e responsáveis da direção, estes últimos com o objetivo de uma maior integração dos conceitos de sustentabilidade nas estratégias adaptadas, e ainda os operadores das Unidades de Gestão de resíduos hospitalares.

No sentido de garantir a competência dos técnicos que administram este tipo de ações, pretende-se desenvolver um programa de formação de formadores que garanta a qualidade e fiabilidade da formação ministrada.

Considera-se relevante contemplar, com maior incidência, as áreas sobre as quais se verifica um maior cumprimento ao nível da legislação aplicável, de modo a que estas situações sejam menos frequentes, refiram-se a título ilustrativo a obrigação de registro da produção de resíduos de algumas atividades.

A adequação dos planos formativos às necessidades diagnosticadas em cada unidade produtora de resíduos hospitalares permitirá compactar áreas tecnicamente mais carenciadas e alcançar melhores resultados, ao nível da adoção das melhores práticas e a melhor gestão dos resíduos hospitalares.

Com o objetivo de que os futuros profissionais possam vir a adotar comportamentos adequados e como estratégia de antecipação de uma formação apropriada, importa introduzir a componente ambiental e, no quadro desta, a vertente dos resíduos hospitalares, nos *currículos* dos cursos superiores e profissionais de saúde humana e animal.

Por outro lado, no sentido de uma maior sensibilização dos entes e do público em geral, deverão realizar-se ações informativas e demonstrativas no âmbito desta problemática que garantam um maior envolvimento deste importante segmento.

S. E. S.
Fls: 1359
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

A informação poderá ser disseminada através de Portais, newsletters, panfletos ou spots, entre outros meios.

A colaboração e o empenho das entidades públicas diretamente responsáveis pela implementação deste Plano, bem como das unidades produtoras de resíduos hospitalares, das Universidades e outros estabelecimentos de ensino e das Ordens Profissionais, a par da intervenção de entidades acreditadas e de técnicos certificados para a área da formação profissional, serão condições indispensáveis para aumentar, de forma progressiva, o grau de formação e consciencialização dos profissionais, operadores de gestão e dos entes dos serviços produtores de resíduos hospitalares.

TCE 1368

Eixo IV – Operacionalização da Gestão

O Eixo relativo à Operacionalização da gestão visa promover uma gestão integrada e auto-suficiente dos resíduos hospitalares, consubstanciada nos princípios que regem a Gestão de Resíduos, com especial relevância para o da hierarquia das operações de gestão de resíduos, segundo o qual deve prevalecer a prevenção, seguida da reutilização, depois a reciclagem ou outras formas de valorização, constituindo a deposição/eliminação a última opção de gestão.

Este Eixo está focado nas operações de gestão de resíduos hospitalares identificadas de seguida, sendo ainda abordados aspectos transversais a todas as operações:

1. Acondicionamento;
2. Triagem e reciclagem;
3. Recolha interna e armazenagem;
4. Transporte;
5. Tratamento;
6. Destino Final.

Relativamente às ações subjacentes a este Eixo Estratégico, a reciclagem assume destaque, uma vez que contribui para o cumprimento de objetivos estabelecidos a nível nacional e comunitário.

A obrigatoriedade da elaboração e implementação do Plano de Gestão de resíduos hospitalares, por parte das unidades produtoras de resíduos hospitalares, deverá ser verificada em curto prazo, com o objetivo de tornar a gestão dos resíduos hospitalar mais segura e eficaz.

Este Eixo Estratégico pretende fomentar a adequada gestão dos resíduos hospitalares, com enfoque na responsabilização do produtor/detentor e, nesse sentido, propõe-se estabelecer orientações para o desenvolvimento de uma efetiva gestão de resíduos nas unidades produtoras de resíduos hospitalares através não só da definição de requisitos mínimos para a elaboração dos Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares, mas também pela divulgação de recomendações relativas à segregação e contemporização de resíduos hospitalares líquidos, e ao acondicionamento dos resíduos no local de produção, designadamente no que respeita aos produtos químicos e fármacos rejeitados.

Com vista ainda a uma adequada gestão dos resíduos hospitalares é necessário promover a correta triagem e recolha dos mesmos no local de produção, adaptando, por exemplo, progressivamente o uso de sacos com zona(s) de transparência para o acondicionamento dos resíduos. Considera-se também que para este objetivo é necessário ainda estabelecer nos Planos de Gestão de Resíduos e metas associadas ao nível de triagem de resíduos valorizáveis por parte das unidades de prestação de cuidados de saúde em cada um dos diferentes serviços. O sucesso desta implementação depende do compromisso da gestão de topo e de uma adequada estratégia de comunicação no seio das unidades de prestação de cuidados de saúde. Outro aspecto essencial na gestão dos resíduos hospitalares no interior das unidades produtoras de resíduos hospitalares é a questão das infraestruturas, especificamente no que se refere ao armazenamento dos resíduos hospitalares, pelo que importa proceder ao seu levantamento e diagnóstico, de forma a caracterizar devidamente os perigos e riscos associados às mesmas, visando eventuais melhorias, dado que, na sequência de ações de inspeção realizadas, constata-se que algumas unidades de prestação de cuidados de saúde a seres humanos e a animais não dispõem das condições de armazenamento adequadas ao tipo e quantidade de resíduos que produzem.

A atividade dos Centros de Saúde também se desenvolve em serviço domiciliário, o que implica a produção descentralizada de resíduos hospitalares que, em algumas situações, por escassez de meios, como por exemplo, falta de viaturas adaptadas para o transporte de resíduos hospitalares, são rejeitados nas casas dos doentes, sem garantia que o seu destino seja o adequado.

Se não forem tomadas medidas minimizadoras destas ocorrências, esta situação poderá ainda tomar maiores proporções dado poder antecipar-se que nos próximos anos a prestação deste tipo de cuidados de saúde apresente um crescimento, não só pelo aumento da população envelhecida, mas também por alteração no tipo de prestação de cuidados de saúde disponibilizado.

No que respeita ao transporte de resíduos hospitalares importa estabelecer os requisitos mínimos relativos aos serviços de ambulatório e Inter-unidades (incluindo de unidade de produção para unidade de transferência/ tratamento/eliminação) e entre unidades de produção. Perspectiva-se que a revisão da legislação em curso venha contribuir para a clarificação da articulação entre a legislação aplicável aos resíduos hospitalares e a legislação de transportes de mercadorias perigosas.

Complementarmente, para minimizar os riscos associados, deverá ser equacionada a eventual operacionalização de uma rede logística, com vista a recolha dos resíduos hospitalares resultantes da produção difusa, a qual abrange, em particular, nomeadamente os resíduos hospitalares produzidos em domiciliário e em ambulatório.

Para fomentar a adequada gestão dos resíduos hospitalares é necessário ainda ter garantias de que é assegurado o encaminhamento dos resíduos que exigem tratamento específico para operador licenciado para o efeito, sendo para isso fundamental a correta classificação dos resíduos, em concordância com orientações já transmitidas. Por outro lado, considera-se igualmente importante assegurar a atualização e divulgação regular do Sistema de Informação de Licenciamento de Operações de Gestão de Resíduos junto dos responsáveis pelas unidades produtoras de resíduos hospitalares, com vista ao conhecimento dos operadores e opções existentes por parte das unidades produtoras de resíduos hospitalares, contribuindo desta forma para o correto encaminhamento destes resíduos.

Tendo a análise SWOT identificado a ameaça relativa à inexistência de harmonização da legislação em matéria de resíduos hospitalares entre os diferentes países e a oportunidade referente à revisão e atualização do regime jurídico em matéria de resíduos, designadamente a Lista Europeia de Resíduos (LER), considera-se oportuno integrar aquelas preocupações em sede de revisão da LER, visando a obtenção de uma classificação de resíduos hospitalares harmonizada a nível comunitário, com o mesmo nível de exigência no que respeita ao tratamento.

Importa ainda desenvolver ações que fomentem que os resíduos com potencial de reciclagem ou outra forma de valorização não sejam encaminhados para outro destino.

Ao nível das embalagens a uniformização da gestão de resíduos de medicamentos e embalagens de medicamentos de diferentes proveniências e a operacionalização efetiva do sistema relativo aos resíduos de embalagens produzidos nas UPCS viriam a contribuir em muito para este desígnio tendo ainda em vista o futuro enquadramento legislativo. Neste âmbito, considera-se ainda relevante adequar o sistema que assegura a gestão dos resíduos de medicamentos e embalagens de medicamentos resultantes das atividades veterinárias desenvolvidas em ambulatório no âmbito da saúde animal.

Relativamente aos resíduos provenientes das cantinas e dos espaços verdes das unidades produtoras de resíduos hospitalares importa potenciar o seu encaminhamento visando uma maior valorização da matéria orgânica. No cenário adaptado, estimou-se ser possível aumentar a quantidade de recolha seletiva de matéria orgânica de 764 t (situação de referência, em 2006) até 1.310 t, em 2016. Por outro lado, também a recolha seletiva multimaterial poderá aumentar de 19.118 t, em 2006, até 38.236 t, em 2016.

No que respeita à gestão dos resíduos de fraldas descartáveis e numa perspectiva de análise de ciclo de vida, deverá ser avaliado o desempenho ambiental de cada uma das alternativas de gestão – deposição em aterro, incineração e reciclagem.

Propõe-se ainda concretizar o princípio da auto-suficiência assegurando, para o efeito, que as operações de gestão de resíduos hospitalares decorrem preferencialmente em território nacional tendo em atenção à questão da proximidade, no contexto do qual a medida do Plano Tecnológico da Saúde relativa à construção e exploração de um Centro Integrado de Valorização e Tratamento de Resíduos Hospitalares e Industriais afigura-se determinante.

Por outro lado, e de modo a não se verificarem situações de exportação de resíduos hospitalares que diminuam as exigências nacionais de tratamento e destino final destes resíduos e a exportação de resíduos nas situações em que exista capacidade nacional para o adequado tratamento/destino final dos mesmos, será estabelecida a proibição da exportação de resíduos hospitalares, ressalvando apenas casos excepcionais devidamente fundamentados na legislação nacional e comunitária em vigor.

Com vista a conhecerem-se os custos associados aos diferentes tratamentos importará desenvolver metodologia para a condução de análises económico-financeiras em matéria de gestão dos resíduos hospitalares.

Ainda no contexto da efetiva aplicação de um regime económico e financeiro prevê-se a operacionalização e aplicação do produto da Taxa de Gestão de Resíduos à componente dos resíduos hospitalares.

Eixo V – Acompanhamento e Controle

A seleção das prioridades do Eixo Estratégico V, de Acompanhamento e Controle, é orientada, sobretudo para a implementação de planos de monitorização e controle.

A redução do grau de perigo e do risco associado aos resíduos hospitalares do Grupo III e especialmente do Grupo IV constitui uma prioridade fundamental. O reforço do controlo da gestão dos resíduos hospitalares, nas unidades produtoras de resíduos hospitalares, através da realização de auditorias periódicas, permitirá o acompanhamento e melhoria contínua dos processos e procedimentos adaptados.

No contexto do PERH, o Eixo Estratégico relativo ao Acompanhamento e Controle compreende a monitorização e o controlo da gestão dos resíduos hospitalares.

A implementação de Sistemas de Gestão Ambiental (SGA) nas unidades de tratamento de resíduos hospitalares e nas unidades de prestação de cuidados de saúde pode contribuir para uma melhor gestão de resíduos bem como contribuir para a diminuição dos impactos sobre o ambiente, tendo em conta que, com a sua adoção, atua-se de uma forma mais sistematizada, mais interventiva e mais transparente, obtendo ganhos não só ao nível ambiental, mas também a nível econômico (redução dos consumos, dos custos relacionados com a poluição, dos riscos de responsabilidade ambiental, entre outros) e da imagem da empresa (com consequentes benefícios econômicos e de relacionamento com os consumidores e clientes, autoridades, etc.).

Neste contexto, importa incentivar as unidades de tratamento de resíduos hospitalares e as unidades de prestação de cuidados de saúde a implementar Sistemas de Gestão Ambiental tendo em vista promover a melhoria contínua do desempenho ambiental destas unidades, assim como a avaliação periódica, sistemática e objetiva dos resultados obtidos e a disponibilização de informação ao público.

As unidades produtoras de resíduos hospitalares possuem um conjunto de atividades e operações (ex: triagem e deposição seletiva, recolha, transporte interno ou intra-serviços) para as quais é fundamental estabelecer mecanismos de controle interno, designadamente:

Controle da correta triagem (ex: verificar a correta separação, a utilização de sacos com a cor correspondente ao tipo de resíduo depositado, a dimensão e espessura dos sacos/contentores utilizados, etc.);

Controle do recolhimento e transporte interno ou intra-serviços (ex: verificar a operacionalidade dos circuitos internos estabelecidos, as condições de segurança no transporte de resíduos, etc.);

Controle do armazenamento (ex: verificar as condições de armazenamento dos contentores, a quantidade de resíduos depositados no contentor, as condições de higienização dos contentores limpos, etc.);

Controle do recolhimento em transporte (externo) e destino final (ex: verificar as condições de pesagem de resíduos efetuadas pelo operador de gestão; o procedimento de registo efetuado pelo operador de gestão; as condições de licenciamento do operador de gestão, etc.).

S.E.S. Fls: 1362 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Este controle interno abrange não só atividades e operações de gestão de resíduos, mas também os recursos afetos, designadamente humanos, físicos e financeiros que asseguram sua concretização. Todos os mecanismos de controle, adotados pelo produtor de resíduos hospitalares, devem estar devidamente sistematizados no Plano de Gestão de Resíduos e possuir um registo organizado para controle dos mesmos.

Neste sentido, as unidades produtoras de resíduos hospitalares devem avaliar anualmente os seus Planos de Gestão de Resíduos, designadamente no que diz respeito aos mecanismos de controle, no sentido de aferir se a implementação decorre de acordo com o planeado, assim como avaliar a concretização dos objetivos estabelecidos.

Considerando as auditorias internas como uma ferramenta de gestão que permite uma avaliação sistemática, documentada e objetiva do desempenho ambiental das organizações, é importante que as unidades produtoras de resíduos hospitalares também as promovam ao nível das atividades de gestão dos resíduos hospitalares, de forma a avaliar se estas são desenvolvidas de acordo com os procedimentos estabelecidos.

Adicionalmente, a avaliação da implementação dos Planos de Gestão de resíduos hospitalares das unidades de prestação de cuidados de saúde deverá igualmente passar pela promoção de auditorias externas, designadamente conduzidas pela entidade Gestora.

A Avaliação da Qualidade de Serviço, promovido pelo Ministério da Saúde, deverá prever parâmetros ambientais, nomeadamente referentes à componente dos resíduos, visando a promoção do bom desempenho ambiental das unidades de prestação de cuidados de saúde.

Os tratamentos a nível nacional de resíduos hospitalares alternativos à incineração ocorrem por processos físicos e/ou químicos, não estando legalmente definidos critérios que avaliem a eficácia e qualidade dos mesmos. Preconiza-se, assim, o estabelecimento de indicadores de monitorização da eficácia e qualidade dos processos de tratamento de resíduos hospitalares alternativos à incineração.

Assim, no que diz respeito às operações de gestão de resíduos, é necessário manter um sistema de avaliação da eficácia e eficiência das infraestruturas de tratamento dos resíduos hospitalares, através da monitorização, quer dos processos, quer dos resíduos finais, quer das emissões resultantes dos tratamentos, sendo a comunicação dos resultados alcançados neste contexto um incentivo à melhoria do desempenho ambiental.

A realização de estudos visando o estabelecimento de relações entre a tipologia de serviços de saúde prestados e respectivo potencial de produção de resíduos hospitalares será de grande utilidade, permitindo canalizar esforços na condução de ações futuras neste contexto, designadamente na área da prevenção.

Por fim, ao nível das Entidades da Administração Pública, há que desenvolver mecanismos de regulação com capacidade de intervir nos processos de gestão dos resíduos hospitalares, sendo necessário concertar esforços e uniformizar procedimentos de fiscalização e inspeção, clarificando competências e áreas de intervenção. Neste sentido, a fiscalização pelo Estado é crucial, pois assegura que as operações de gestão de resíduos hospitalares são realizadas de acordo com o enquadramento legal aplicável.

As unidades produtoras de resíduos hospitalares, Transportadores e Operadores de Gestão de resíduos hospitalares são alvo de diversas ações de inspeção/fiscalização por parte de diferentes entidades, designadamente do Ministério da Saúde, do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Ministério da Defesa, que apesar da sua especificidade de atuação apresentam pontos de verificação comuns e outros complementares, que importa partilhar, analisar e potenciar. Neste sentido, é essencial promover as sinergias de atuação por parte dos diferentes organismos de inspeção e fiscalização que atuam no âmbito da gestão dos resíduos hospitalares.

Constituição Básica

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será elaborado para que o Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN possa manejar adequadamente todos os resíduos gerados no estabelecimento, atendendo as legislações em vigor contribuindo assim, com a saúde pública e o meio ambiente.

S.E.S.
Fls: 1363
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

A identificação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deverá apontar e descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características, no âmbito do estabelecimento, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final.

TCE 1372

Identificação do Estabelecimento

A comissão deverá compor os dados para identificação do proponente bem como informações previstas em nível de licenciamento ambiental e parâmetros institucionais do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.

Objetivos

O presente plano da comissão constitui-se de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Definições

O Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde, do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN devera estar compatível com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos locais responsáveis por estas etapas.

O manejo dos RSS – Resíduos Sólidos do Serviço de Saúde é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

Segregação

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

Acondicionamento

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Identificação

Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

Transporte Interno

Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

TCE 1373

S. E. S.
Fls: 1364
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Tratamento

Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente.

O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento.

Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

Armazenamento Externo

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

Coleta e Transporte Externos

Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

Disposição Final

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/97.

Classificação dos Resíduos

GRUPO A

Resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

A4 – Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.

GRUPO B

Resíduos químicos. Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados. (Chumbo contido na embalagem do filme radiográfico).

Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).

Restos de amálgama.

GRUPO C

Rejeitos radioativos. Não são produzidos no Consultório Odontológico.

GRUPO D

Resíduos comuns. Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliados.

Papel de uso sanitário, absorventes higiênicos, sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos provenientes das áreas administrativas, resíduos de varrição, flores, podas e jardins.

GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes.

Agulhas descartáveis, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, instrumentais quebrados, etc.

S. E. S.
Fls: 1365
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Análise dos resíduos gerados pelo estabelecimento estará de acordo com a Resolução Nº. 358, de 29 de Abril de 2005:

Art. 2o Para os efeitos desta resolução considera-se:

I - agente de classe de risco IV (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): patógeno que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes;

TCE 1374

Grupo A-1

Descrição de Resíduo
Culturas e estoques de microorganismos.
Resíduos de fabricação de produtos biológicos exceto os hemoderivados.
Descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados.
Meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas.
Resíduos de laboratórios de manipulação genética.
Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.
Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
Sobras de amostras de laboratórios contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Grupo A-2

Descrição de Resíduo
Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica.

Grupo A-3

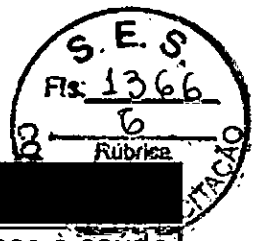
Descrição de Resíduo
Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares.

Grupo A-4

Descrição de Resíduo
Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.
Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada.
Membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.
Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microorganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.
Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.
Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
Peças anatômicas (órgão e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica.
Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações.
Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

Grupo A-5

Descrição de Resíduo
Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.



Grupo B

Descrição de Resíduo
Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. **a)** produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações; **b)** resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes; **c)** efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores); **d)** efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas; **e)** demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

Grupo C

Descrição de Resíduo
Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear-CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. **a)** enquadram-se neste grupo quaisquer materiais resultantes de laboratórios de pesquisa e ensino na área de saúde, laboratórios de análises clínicas e serviços de medicina nuclear e radioterapia que contenham radionuclídeos em quantidade superior aos limites de eliminação.

Grupo D

Descrição de Resíduo
Papel de uso sanitário e fralda.
Absorventes higiênicos.
Peças descartáveis de vestuário.
Resto alimentar de paciente.
Material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclise.
Equipo de soro e outros similares não classificados como pertencentes ao Grupo A1.
Sobra de alimentos e do preparo de alimentos.
Resto alimentar de refeitório.
Resíduos provenientes das áreas administrativas.
Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

Grupo E

Descrição de Resíduo
Lâminas de barbear.
Agulhas.
Escalpes.
Ampolas de vidro.
Brocas.
Limas endodônticas.
Pontas diamantadas.
Lâmina de bisturi.
Lancetas.
Tubos capilares.
Micropipetas, lâminas e laminulas e todos os utensílios de vidros quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Memorial Descritivo

Dentre uma das ações destinadas a Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN esta a identificação dos ambientes/grupo dos resíduos gerados e apresentação formal em planilha própria conforme exemplo/modelo abaixo:

AMBIENTE	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO D	GRUPO E
Consultórios				
Almoxarifado				
Recepção				
Corredor				
Salas Administrativas				
Sala de Enfermagem				
Sala de Procedimento				
D.M.L.				
Expurgo				
Sanitários				
Refeitório				
Estacionamento				

S.E.S.
Fls: 1367
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1376

Caracterização dos resíduos gerados:

Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, após a identificação do ambiente/grupo de resíduos gerados devera efetuar a descrição e classificação dos resíduos gerados conforme exemplo/modelo do quadro abaixo:

Nº do Setor	Setor	Descrição de resíduo	Classificação
1	Recepção	Papel celulose para impressão, clipe de metal para prender papel, grampo para grampeador, cartucho vazio de tinta para impressão, fita colante tipo durex, sacos plásticos, canetas vazias, lápis, borracha usada para apagar, resíduos de varrição.	Grupo "D"
2	Almoxarifado	Papel celulose para impressão, clipe de metal para prender papel, grampo para grampeador, cartucho vazio de tinta para impressão, fita colante tipo durex, barbante, sacos plásticos, canetas vazias, lápis, borracha usada para apagar, resíduos de varrição.	Grupo "D"
3	Corredor	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
4	Consultório	Papel celulose para impressão, clipe de metal para prender papel, grampo para grampeador, cartucho vazio de tinta para impressão, fita colante tipo durex, sacos plásticos, canetas vazias, lápis, borracha usada para apagar, resíduos de varrição, abaixador de língua, algodão embebido em álcool para limpeza de estetoscópio, material usado em anti-sepsia, hemostasia de venóclise, equipo de soro e outros similares não classificados como "A1".	Grupo "D" Grupo "A"
4.1	Sala de Enfermagem	Papel celulose para impressão, clipe de metal para prender papel, grampo para grampeador, cartucho vazio de tinta para impressão, fita colante tipo durex, sacos plásticos, canetas vazias, lápis, borracha usada para apagar, abaixador de língua, resíduos de varrição, algodão embebido em álcool para limpeza de estetoscópio, gaze utilizado na troca de curativos de feridas, curativos primários de alta tecnologia como hidrocolóides, AquaCell, acesso venoso,bolsas vazias de soro fisiológico, Soro glicosado,cateteres EV tipo "Angiocath" sem o mandril de metal, polifix de duas vias, extensores, mascaras descartáveis, luvas de látex, luvas de plástico, frascos vazios de plástico, compressas de gaze para curativos, gaze hidrófila, cânula de aspiração traqueal, atadura de crepe, cotonete, disco adesivo com bolsa para colostomia, material usado em anti-sepsia, hemostasia de enóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como "A1".	Grupo "D" Grupo "A"

4.2	Sala de Procedimentos	Materiais perfurocortantes, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, laminas de bisturi, lancetas.	Grupo "E"
5	Recepção de equipamentos sujos	Resíduos de varrição, sacos plásticos.	Grupo "D"
6	Sala de Desinfecção	Desencrustante natural à base de ácido recinoleico tensoativo não iônico, solução de 1% iodo ativo, detergente (lava louça), solução hipoclorito de sódio, hidróxido de sódio, cloreto de sódio e água, resíduos de varrição, toalha de papel.	Grupo "D" Grupo "A"
7	Sala de direcionamento	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
8	Sala de Armazenamento de Materiais de Limpeza	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
9	Sanitário para deficientes	Resíduos de varrição, papel higiênico, papel toalha, detergente para lavar as mãos.	Grupo "D"
10	Refeitório	Resíduos de varrição, resíduos de alimentos, papel toalha, detergente para lavar louças, lixo tipo domiciliar.	Grupo "D"
11	Sanitário masculino	Resíduos de varrição, papel higiênico, papel toalha, detergente para lavar as mãos.	Grupo "D"
12	Sanitário feminino	Resíduos de varrição, papel higiênico, papel toalha, detergente para lavar as mãos.	Grupo "D"
13	Armazenamento	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
14	Sala de coleta de resíduos sólidos	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
15	Sala de recepção	Resíduos provenientes da área administrativa e resíduos de varrição.	Grupo "D"
16	Sala de lógica e Telefonia	Resíduos de varrição.	Grupo "D"
17	Estacionamento	Resíduos de varrição, terra de e plantas.	Grupo "D"

Após a Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, efetuar os procedimentos acima aplicáveis em atendimento as legislações pertinentes devera ser efetuado a identificação por Diagrama / Legenda de toda a Unidade:

S. E. S.
Fls: 1368
Rubrica

Indica a direção de fluxo dos resíduos sólidos do Grupo "D"	→
Indica a direção de fluxo dos resíduos do Grupo "A, E"	→
Indica recipiente de lixo interno para resíduos do Grupo "A, E"	■
Indica recipiente de lixo interno para resíduos do grupo "D"	■
Indica recipiente de lixo externa para resíduos do Grupo "A, E"	▲
Indica recipiente de lixo externa para resíduos do Grupo "GDR" recicláveis	▲
Indica veículo de coleta pertencente ao governo município.	☣

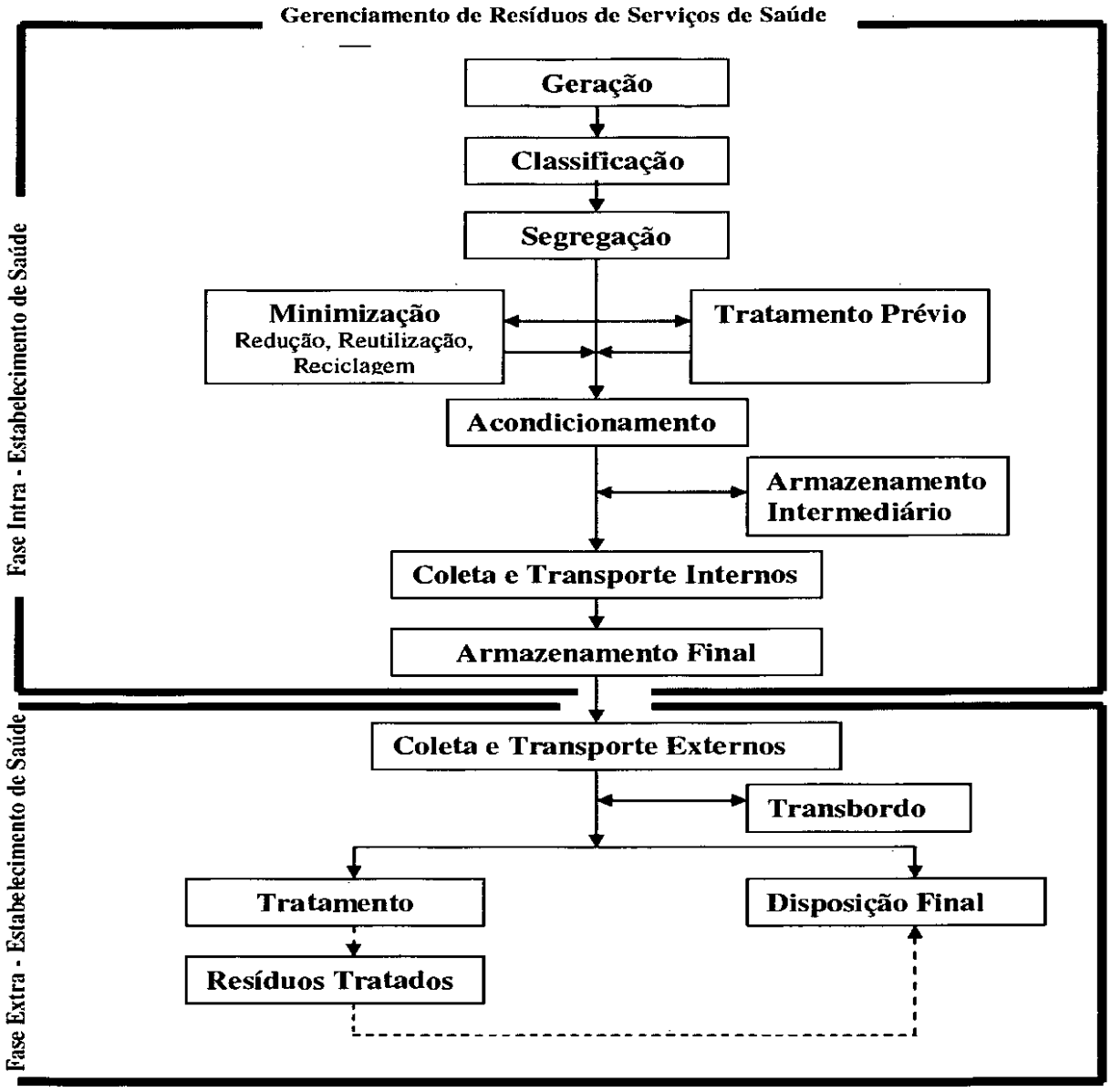
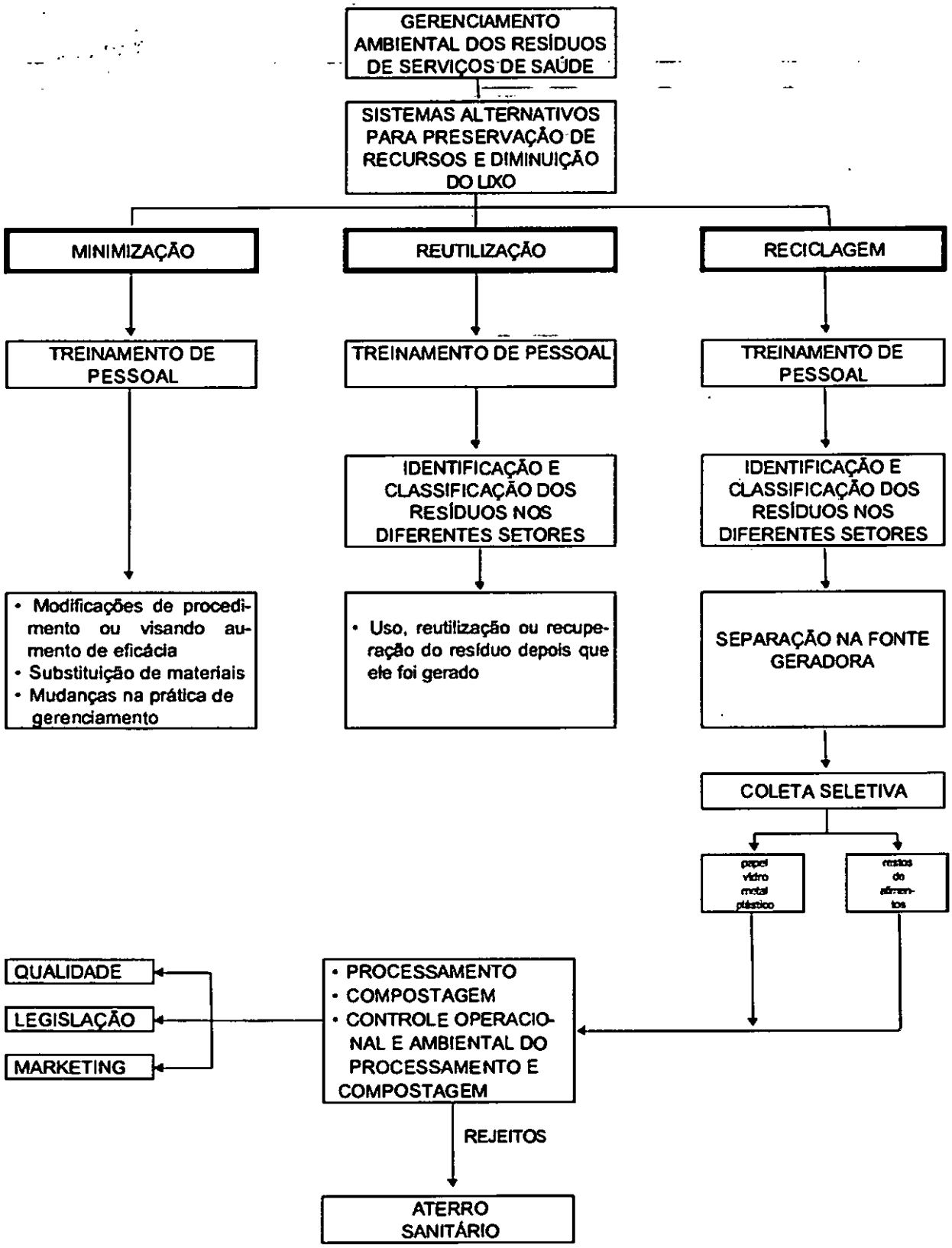


Diagrama /Fluxo

Gerenciamento Ambiental Proposto para os resíduos de Serviço de Saúde no Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.


GERENCIAMENTO AMBIENTAL DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
SISTEMAS ALTERNATIVOS PARA PRESERVAÇÃO DE RECURSOS E DIMINUIÇÃO DO LIXO
MINIMIZAÇÃO
REUTILIZAÇÃO
RECICLAGEM
TREINAMENTO DE PESSOAL
TREINAMENTO DE PESSOAL
TREINAMENTO DE PESSOAL
IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS NOS DIFERENTES SETORES
IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS NOS DIFERENTES SETORES
• Modificações de procedimento ou visando aumento de eficácia
• Substituição de materiais
• Mudanças na prática de gerenciamento
• Uso, reutilização ou recuperação do resíduo depois que ele foi gerado
SEPARAÇÃO NA FONTE GERADORA
COLETA SELETIVA
papel
vidro
metal
plástico
restos de alimentos
QUALIDADE
LEGISLAÇÃO
MARKETING
• PROCESSAMENTO
• COMPOSTAGEM
• CONTROLE OPERACIONAL E AMBIENTAL DO PROCESSAMENTO E COMPOSTAGEM
REJEITOS
ATERRO SANITÁRIO

Coleta Interna / Procedimentos

Procedimentos para as Áreas Internas do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN

a) Os procedimentos para as Áreas Internas são todos aqueles relativos ao manuseio, segregação, acondicionamento, estocagem e transporte dos resíduos sólidos desde o local de geração até seu armazenamento dentro do Abrigo Externo.

b) Qualquer que seja seu porte deverá proceder no próprio local de geração, à completa separação de todos os tipos de resíduos. Para tanto deverá haver recipientes distintos em cada uma das salas onde se faça assistência à saúde, para receber separadamente cada tipo de resíduo gerado.

c) Os recipientes localizados nas salas onde são gerados os resíduos deverão ter capacidade volumétrica mínima para acumular o lixo gerado em um período de pelo menos quatro horas, devendo ser fabricados em material rígido. Estes recipientes deverão ser guarnecidos internamente por sacos plásticos que atendam às normas NBR-9.190, NBR- 9.191 da ABNT e Resolução 275/01 do CONAMA, na cor branca leitosa para os resíduos infectantes e de qualquer outra cor com transparência para o lixo comum, exceto as cores preta, vermelha e branca. Os sacos plásticos para acondicionar resíduos comuns recicláveis deverão ser de plástico transparente.

d) Os recipientes localizados próximo aos pacientes são de uso exclusivo dos mesmos, sendo obrigatória a colocação de recipientes vedados para os demais resíduos gerados.

e) Os resíduos perfurantes ou cortantes deverão ser colocados em embalagens rígidas que atendam à norma técnica NBR-12.809 da ABNT. As embalagens rígidas devem ser colocadas em sacos plásticos de cor branca leitosa que atendam ao disposto na alínea anterior.

f) Os sacos deverão ser utilizados em até 2/3 (dois terços) de sua capacidade máxima, de forma a permitir o seu correto fechamento no próprio local onde foi gerado.

g) Os sacos plásticos e as embalagens rígidas contendo resíduos potencialmente infectantes deverão ser removidos das salas onde são gerados por contêineres plásticos padronizados, com corpo e tampa na cor branca, ou corpo na cor cinza claro e tampa na cor laranja, ostentando em pelo menos uma de suas faces externas um adesivo de 20 cm x 20 cm com o símbolo "Lixo Infectante", de acordo com a norma técnica da ABNT NBR-7500.

h) Os sacos plásticos contendo lixo comum deverão ser removidos das salas onde são gerados por contêineres plásticos padronizados, com corpo e tampa na cor laranja, para agregando até 120 litros por dia ou com corpo e tampa nas cores azul ou verde, para mais do que 120 litros por dia, ostentando em pelo menos uma de suas faces externas um adesivo de 20cm x 20cm com o símbolo "Lixo Comum", de acordo com a norma técnica da ABNT NBR-7500.

i) A remoção dos sacos plásticos contendo os diferentes tipos de resíduos deve ser feita para o Abrigo Externo, diariamente ou ao fim de cada jornada de trabalho, no mínimo, devendo permanecer armazenados nos contêineres, separadamente dos demais resíduos.

j) O transporte interno de resíduos deve ser realizado em sentido único, com roteiro definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas.

k) O transporte interno de resíduos deve ser feito separadamente e em recipientes específicos para cada tipo de resíduo.

l) Caso o volume de resíduos gerados e a distância entre o ponto de geração e o Abrigo Externo justifiquem, deverá criar Abrigos Internos, próximos aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o traslado entre os pontos geradores e o Abrigo Externo.

m) O armazenamento temporário dos resíduos nos Abrigos Internos não poderá ser feito com disposição direta dos sacos sobre o piso.

n) Quando não estiverem sendo utilizados, os contêineres deverão permanecer guardados no Abrigo Externo ou no Abrigo Interno.

o) Todos os UTS e cada condomínio de edificação de uso misto deverão ter pelo menos um Abrigo Externo, que atenda ao disposto nas Resoluções ANVISA RDC-50/2002 e RDC-33/2003.

p) O abrigo mencionado na alínea anterior deverá ser construído em local de fácil acesso ao veículo coletor e próximo à testada do imóvel, devendo ser exclusivo para estocar temporariamente os contêineres plásticos, sendo proibida a guarda de materiais e utensílios de limpeza, bem como quaisquer outros tipos de ferramentas nesse local.

q) Caso opte por construir um Abrigo Interno, este deverá atender às exigências das resoluções ANVISA.

r) Os resíduos enquadrados nos Grupos B e C da Resolução CONAMA 283/01 devem obedecer à legislação vigente, atendendo às normas técnicas da SMAC, da FEEMA e da CNEN.

s) É expressamente proibido o reaproveitamento ou a comercialização de qualquer tipo de resíduo que não se enquadre na categoria de lixo comum.

t) O lixo infectante, gerado em unidades instaladas em edificações comerciais ou de utilização mista, não poderá ser lançado em tubo de queda, devendo ser removido por contêineres que ficarão armazenados no Abrigo Externo até o momento da coleta.

Procedimentos para as Áreas Externas do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN

a) Os procedimentos para as Áreas Externas das UTS's são todos aqueles relativos ao manuseio, movimentação, coleta, remoção, transporte e tratamento dos resíduos sólidos desde o Abrigo Externo até sua destinação final.

b) Para a execução dos serviços de coleta e transporte do lixo infectante deverão ser utilizados veículos coletores específicos para esse fim, dotados com os seguintes requisitos mínimos:

- ter superfícies internas lisas, de cantos arredondados;
- ser estanque para impedir vazamento de líquidos, devendo ter, como segurança adicional, caixa coletora impermeabilizada de líquido percolado com volume adequado para a coleta do Lixo Infectante;
- operar de forma a não permitir o rompimento dos sacos plásticos, evitando, assim, a exposição dos resíduos e o vazamento do chorume;
- atender à programação visual especificada.

Limpeza e Desinfecção

a) Os recipientes, os contêineres e os abrigos, internos e externos, terão que ser submetidos a processo de limpeza e desinfecção simultâneas, obrigatória e imediatamente após a coleta dos resíduos.

b) Os veículos coletores transportadores terão que ser submetidos à lavagem e desinfecção simultâneas, obrigatoriamente após o término da jornada de trabalho.

c) A desinfecção deverá ser feita com solução de hipoclorito de sódio a 2% (dois por cento) e a lavagem com água corrente em abundância e sabão ou detergente.

d) Os efluentes provenientes da lavagem e desinfecção devem ser encaminhados para sistema de tratamento que atenda aos padrões estabelecidos pelo Município.

Transporte

a) Os funcionários que realizarem o transbordo do lixo infectante deverão estar usando todos os EPI's adequados à operação, devidamente treinados para as atividades realizadas e respeitando o programa de saúde ocupacional.

Tratamento

a) Os resíduos infectantes, químicos ou comuns, quando apresentarem contaminação por substância radioativa deverão ser tratados como resíduos do Grupo C da Resolução CONAMA 283/01 antes de serem submetidos a tratamento ou destinação final adequada ao seu tipo, mediante autorização prévia dos órgãos ambientais responsáveis.

Os resíduos deverão ser recolhidos e encaminhados para o armazenamento externo, sempre no período matutino e/ou final do dia, quando o recipiente estiver preenchido com 2/3 de sua capacidade acondicionados em contêiner de 120 lts.

Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, especifico para disposição temporária.

S.E.S.
Fls: 1371
Rubrica

Armazenamento Externo

Abrigo localizado no recuo frontal do terreno com indicações estabelecidas pela norma regulamentadora.

TCE 1380

Tratamento Intra-unidade

Não é utilizado nenhum tipo de tratamento intra-unidade.

Caracterização dos Aspectos Ambientais

O lixo produzido pelo Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN é dividido em: não contaminado, contaminado e lixo químico. Todo o lixo contaminado gerado pelo deve ser esterilizado antes do descarte. A coleta deverá ser efetuada por uma empresa especializada em lixo hospitalar.

Tipos de Lixo:

Lixo patológico - Tecidos humanos ou partes do corpo removidas durante cirurgias incluindo material de obstetrícia, autópsias e de procedimentos laboratoriais. Este tipo de lixo deve ser incinerado ou autoclavado e enviado para uma área de descarte de lixo hospitalar regulamentada.

Lixo Biológico – Sangue e produtos sanguíneos, exsudatos, secreções, aspirados, fezes e outros fluidos corporais que NÃO devem ser descartados diretamente no sistema de esgoto. Este tipo de lixo DEVE ser tratado de forma que se transforme em um lixo que não ofereça risco ambiental. O principal tratamento é a AUTOCLAVAÇÃO 121 °C/ 35 min.

Culturas e estoque de agentes infecciosos – Culturas microbianas, equipamentos utilizados para manipulação de culturas (ponteiras, alças, agulhas, etc.). Estes devem ser colocados em sacos plásticos branco com a indicação de lixo biológico com o símbolo de RISCO BIOLÓGICO e autoclavados antes do descarte.

Pérfurocortantes (contaminados ou não) – Qualquer material capaz de causar perfurações ou cortes na pele. Entre estes se incluem agulhas de seringas, pipetase tubos quebrados. Estes deverão ser descartados em uma caixa rígida AMARELA que devera ser autoclavada antes do descarte, (em caso de material contaminado).

Equipamentos e aparelhos utilizados nos exames - Estes só poderão deixar o laboratório após sofrerem uma rígida descontaminação a fim de minimizar os riscos de contaminação do pessoal de transporte e manutenção.

TABELA 1 – IDENTIFICAÇÃO E A QUANTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS

IDENTIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS – EXEMPLO				
CÓDIGO DOS RESÍDUOS	DESCRIÇÃO	PESO (Kg/coleta)	FREQUÊNCIA COLETA (Nº x por semana)	DESTINO FINAL
A	Resíduo Infectante ou Biológico	2 kg/dia	2	Vala especial do Aterro Sanitário
D	Resíduo Comum	4 kg/dia	3	Aterro Sanitário
E	Materiais Perfurocortantes	50gr/dia	1x/mês	Vala especial do Aterro Sanitário

TABELA 2 – Símbolo de Identificação

Grupo	Símbolo de Identificação	Cor da Embalagem
A		Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.
B		Os resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frase de risco.
C		Os rejeitos do grupo C são representados pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescidos da expressão MATERIAL RADIOATIVO.
D		Saco plástico Azul ou preto
E		Embalagem rígida, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e identificada.

S.E.S. Fls: 1372 6 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TABELA 3 - Cores de identificação de Cores para os Diferentes Tipos de Resíduos

TCE 1381

PADRÃO DE CORES		
	AZUL	Papel / papelão
	VERMELHO	Plástico
	VERDE	Vidro
	AMARELO	Metal
	PRETO	Madeira
	LARANJA	Resíduos perigosos
	BRANCO	Resíduos ambulatoriais e de serviços de saúde
	ROXO	Resíduos radioativos
	MARROM	Resíduos orgânicos
	CINZA	Resíduo geral não reciclável ou misturado, ou contaminado não passível de separação.

Saco para Lixo Hospitalar

Saco para acondicionamento de resíduos sólidos hospitalares/ infectantes, constituído de Polietileno de Alta Densidade (PEAD) Virgem, oferecendo uma perfeita resistência mecânica e proporcionando a opacidade necessária à aplicação. A solda de fundo é de tipo estrela, contínua, homogênea e uniforme vedando completamente e não permitindo a perda do conteúdo durante o manuseio, de acordo com a Norma Técnica 9191, diminuindo assim, o risco de contaminação ou Infecção das áreas por onde circula. O material utilizado na fabricação é virgem e de alta qualidade, gerando um produto compatível com os padrões da ABNT e do IPT (Instituto de Pesquisas Tecnológicas).

Disponível nas capacidades:

100 L nas medidas 75 x 105 cm;

Pacote c/ 100 unidades;

Fardo c/ 1000 unidades;

90 L nas medidas 92 x 90 cm;
Pacote c/ 100 unidades;
Fardo c/ 1000 unidades;
50 L nas medidas 63 x 80 cm;
Pacote c/ 100 unidades;
Fardo c/ 1000 unidades;
30 L nas medidas 59 x 62 cm;
Pacote c/ 100 unidades;
Fardo c/ 1000 unidades;
15 L nas medidas 39 x 58 cm;
Pacote c/ 100 unidades;
Fardo c/ 2000 unidades.

Disponível na cor Branco leitoso

Quanto à impressão o produto segue as seguintes especificações:
Impressão de simbologia de material infectante de acordo com a NBR 7500.
O número da subclasse de risco (6.2). Os símbolos, textos e números são pretos, com exceção da frase de advertência: "RSSS – Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde", impressa na cor vermelha.

Notas importantes para efetividade da comissão de Gerenciamento de Resíduos no Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN:

1. Todos os resíduos codificados com a cor preta poderão ser acondicionados em sacos de lixo de cor preta e gerenciados como lixo comum, utilizando o serviço de coleta oferecido pela prefeitura;
2. Todos os resíduos codificados com a cor azul poderão ser acondicionados em sacos de lixo de cor azul e gerenciados como lixo que não é lixo, utilizando o serviço de coleta específico oferecido pela prefeitura;
3. Todos os resíduos codificados com a cor laranja deverão ser acondicionados nas caixas especificamente desenhadas para acondicionamento de perfurocortantes e gerenciados como resíduos perfurocortantes contaminados.
4. A caixa de perfurocortante deve ser mantida fora do alcance de crianças, pessoas com deficiência mental e animais domésticos;
5. A caixa de perfurocortantes não deve ser mantida no chão;

S. E. S.
Fls: 1373
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

6. A caixa de perfurocortante deve ser mantida em local seco;

7. Não se devem colocar resíduos que não pertença ao grupo de perfurocortantes dentro da caixa;

8. Utilizar luvas de látex quando manipular qualquer lixo originado do serviço à saúde.

9. Não superlotar a caixa de perfurocortantes;

10. Não forçar o lixo perfurocortantes na tentativa de comprimi-lo para selar a caixa;

TCE 1382

Coletores / Ambiente Interno

Consultórios

- Lixeira Branca (20L), com símbolo de substancia infectante, acionada a pedal com saco branco leitoso para recolhimento do lixo do Grupo A – Lixo contaminado. Após atingir 2/3 do volume ou ao final do expediente, é retirado, vedado e colocada etiqueta de identificação.
- Lixeira (20L) acionada a pedal com saco preto para recolhimento do lixo do grupo D
– Lixo comum.
- Lixeira individual colocada no equipo, com saco impermeável, para recolhimento do material utilizado no paciente em atendimento e descartado imediatamente após sua saída, na lixeira do Grupo A.
- Caixa rígida (Descarpax), resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificada para recolhimento do lixo do Grupo E – Perfurocortante.
- Vidro com tampa rosqueável contendo água em seu interior para recolhimento das sobras de amálgama.

Outros Ambientes - (Copa/salas administrativas/banheiros).

Lixeiras (20L) acionadas a pedal com saco preto para recolhimento do lixo do Grupo

D – Lixo comum. Recolhido quando após atingir 2/3 do volume ou ao final do expediente.

Coleta e Transporte Externos

GRUPO A: Resíduos Infectantes

Responsável pelo transporte: Prefeitura Municipal de Trindade - GO

Veículo utilizado: Caminhão destinado a Resíduos Comuns - Uso exclusivo para resíduos infectantes

Frequência de coleta: 3x por semana período vespertino.

Tratamento: Não é realizado nenhum tratamento. O contêiner é fechado com cadeado.

Uma chave fica com o caminhão de coleta e outra sob poder do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.

Destino Final: Vala especial do Aterro Sanitário municipal.

GRUPO D: Resíduos Comuns

Responsável pelo transporte: Prefeitura Municipal de - GO

Veículo utilizado: Caminhão próprio para resíduo comum com compactador.

Frequência de coleta: 3 x por semana - período noturno.

Destino Final: Aterro Sanitário municipal.

Outros Procedimentos que deverão ser Adotados pelo Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN

• Controle integrado de insetos e roedores: desinsetização será realizada 3/3 meses.

• Processos de higienização e limpeza:

- Limpeza geral diária antes de se iniciar o atendimento dos pacientes.
- Após recolhimento dos resíduos é realizada limpeza e desinfecção dos recipientes de coleta.
- Desinfecção de superfícies após cada atendimento.
- Álcool 70% na cadeira e superfícies.
- Desinfetante no piso.
- Instrumentais: processo padrão dentro da área suja do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN

• Qualidade da água

- Água da rede pública.
- Limpeza da caixa d'água: 6/6 meses.
- Análise da água: 6/6 meses.

• Esgoto

- rede pública c/ tratamento.

S.E.S.
Fls: 1374
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Indicadores

Os seguintes indicadores deverão ser produzidos com periodicidade anual a partir dos dados obtidos desde o período de sua implantação:

Taxa de acidentes com resíduo perfurcotantes;

Variação da geração de resíduos;

Variação da proporção de resíduos do Grupo A;

Variação da proporção de resíduos do Grupo B;

Variação da proporção de resíduos do Grupo C;

Variação da proporção de resíduos do Grupo D;

Variação da proporção de resíduos do Grupo E.

TCE 1383

Saúde e Segurança do Trabalhador

Os Empregados como também os pacientes e cuidadores envolvidos com qualquer tipo de risco deverão ser instruídos de acordo com os protocolos internos de prevenção de acidentes.

Regimento Interno

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN tem como principal objetivo atender à Resolução 358/05 (CONAMA) e a RDC 306/04 (ANVISA), a fim de:

- melhorar as medidas de segurança e higiene no ambiente hospitalar;
- contribuir para o controle de infecção hospitalar e acidentes ocupacionais;
- proteger a saúde e o meio ambiente;
- reduzir o volume e a massa de resíduos contaminados;
- estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;
- estimular a reciclagem dos resíduos comuns não contaminados.

REGIMENTO INTERNO PARA O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Ao elaborar o referido Regimento Interno devem ser observadas as seguintes **DIRETRIZES GERAIS,** que serão capituladas para melhores estabelecimentos:

CAPÍTULO I – HISTÓRICO

O Regimento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, publicado inicialmente por meio-da RDC ANVISA nº. 33 de 25 de fevereiro de 2003 submetem-se agora a um processo de harmonização das normas federais dos Ministérios do Meio Ambiente por meio do Conselho Nacional de Meio Ambiente/CONAMA e da Saúde através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ ANVISA referentes ao gerenciamento de RSS.

O encerramento dos trabalhos da Câmara Técnica de Saúde, Saneamento Ambiental e Gestão de Resíduos do CONAMA, originaram a nova proposta técnica de revisão da Resolução CONAMA nº. 283/2001, como resultado de mais de um ano de discussões no Grupo de Trabalho. Este documento embasou os princípios que conduziram à revisão da RDC ANVISA nº. 33/2003, cujo resultado é este Regimento Técnico harmonizado com os novos critérios técnicos estabelecidos.

CAPÍTULO II – ABRANGÊNCIA

Este Regimento aplica-se a todos os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde- RSS.

Para efeito deste Regimento Técnico, definem-se como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, dentre outros similares.

Esta Resolução não se aplica a fontes radioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, e às indústrias de produtos para a saúde, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento ambiental.

S E S
Fls: 1375
6
Rubrica

CAPÍTULO III - GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

Todo gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados e na classificação constante do Apêndice I, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS.

O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos locais responsáveis por estas etapas.

1 - MANEJO: O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

1.1 - SEGREGAÇÃO - Consistem na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

1.2 - ACONDICIONAMENTO - Consistem no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

1.2.1 - Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

1.2.2 - Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

1.2.3 - Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação.

1.2.4 - Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

1.3 - IDENTIFICAÇÃO - Consistem no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

1.3.1 - A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

1.3.2 - A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

1.3.3 - O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

1.3.4 - O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

1.3.5 - O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITA RADIOATIVO.

1.3.6 - O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

1.4 - TRANSPORTE INTERNO - Consistem no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

S. E. S.
Fls: 1376
6
Rubrica

1.4.1 - O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

1.4.2 - Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este Regimento Técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

1.5 - ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO - Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

1.5.1- O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifique.

1.5.2 - A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como "SALA DE RESÍDUOS".

1.5.3 - A sala para o armazenamento temporário pode ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2 m2, para armazenar, dois recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo.

1.5.4 - No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.

1.5.5 - Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, for submetido a outro método de conservação.

1.5.6 - O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

1.6 TRATAMENTO - Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

1.6.1 - O processo de autoclavação aplicado em laboratórios para redução de carga microbiana de culturas e estoques de microrganismos está dispensado de licenciamento ambiental, ficando sob a responsabilidade dos serviços que as possuírem, a garantia da eficácia dos equipamentos mediante controles químicos e biológicos periódicos devidamente registrados.

1.6.2 - Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução CONAMA nº. 316/2002.

1.7 - ARMAZENAMENTO EXTERNO - Consistem na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

S. E. S.
Fls: 1377
6
Rubrica

1.7.1 - No armazenamento externo não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

1.8 COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS = Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

1.8.1 - A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

1.9 - DISPOSIÇÃO FINAL - Consistem na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/97.

TCE 1386

CAPÍTULO IV – RESPONSABILIDADES

2. Compete aos serviços geradores de RSS:

2.1. A elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana e outras orientações contidas neste Regimento.

2.1.1 - Caso o estabelecimento seja composto por mais de um serviço com Alvarás Sanitários individualizados, o PGRSS deverá ser único e contemplar todos os serviços existentes, sob a Responsabilidade Técnica do estabelecimento.

2.1.2 - Manter cópia do PGRSS disponível para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral.

2.1.3 - Os serviços novos ou submetidos a reformas ou ampliação devem encaminhar o PGRSS juntamente com o Projeto Básico de Arquitetura para a vigilância sanitária local, quando da solicitação do alvará sanitário.

2.2. A designação de profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica-ART, ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber, para exercer a função de Responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.

2.2.1 - Quando a formação profissional não abranger os conhecimentos necessários, este poderá ser assessorado por equipe de trabalho que detenha as qualificações correspondentes.

2.2.2 - Os serviços que geram rejeitos radioativos devem contar com profissional devidamente registrado pela CNEN nas áreas de atuação correspondentes, conforme a Norma NE 6.01 ou NE 3.03 da CNEN.

2.2.3 - Os dirigentes ou responsáveis técnicos dos serviços de saúde podem ser responsáveis pelo PGRSS, desde que atendam aos requisitos acima descritos.

2.2.4 - O Responsável Técnico dos serviços de atendimento individualizado pode ser o responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.

2.3 - A designação de responsável pela coordenação da execução do PGRSS.

2.4 - Prover a capacitação e o treinamento inicial e de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos, objeto deste Regimento.

2.5 - Fazer constar nos termos de licitação e de contratação sobre os serviços referentes ao tema desta Resolução e seu Regimento Técnico, as exigências de comprovação de capacitação e treinamento dos funcionários das firmas prestadoras de serviço de limpeza e conservação que pretendam atuar nos estabelecimentos de saúde, bem como no transporte, tratamento e disposição final destes resíduos.

2.6 - Requerer às empresas prestadoras de serviços terceirizados a apresentação de licença ambiental para o tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, e documento de cadastro emitido pelo órgão responsável de limpeza urbana para a coleta e o transporte dos resíduos.

2.7 - Requerer aos órgãos públicos responsáveis pela execução da coleta, transporte, tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, documentação que identifique a conformidade com as orientações dos órgãos de meio ambiente.

TCE 1387
S. E. S.
Fls: 1378
Rubrica

2.8 - Manter registro de operação de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem, Os registros devem ser mantidos até a inspeção subsequente.

3 - A responsabilidade, por parte dos detentores de registro de produto que gere resíduo classificado no Grupo B, de fornecer informações documentadas referentes ao risco inerente do manejo e disposição final do produto ou do resíduo. Estas informações devem acompanhar o produto até o gerador do resíduo.

3.1 - Os detentores de registro de medicamentos devem ainda manter atualizada, junto à Gerência Geral de Medicamentos/GGMED/ANVISA, listagem de seus produtos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem riscos de manejo e disposição final. Devem informar o nome comercial, o princípio ativo, a forma farmacêutica e o respectivo registro do produto. Essa listagem ficará disponível no endereço eletrônico da ANVISA, para consulta dos geradores de resíduos.

CAPÍTULO V - PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS

4 - Competem a todo gerador de RSS elaborar seu Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS;

4.1. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

O PGRSS deve contemplar ainda:

4.1.1. Caso adote a reciclagem de resíduos para os Grupos B ou D, a elaboração, o desenvolvimento e a implantação de práticas, de acordo com as normas dos órgãos ambientais e demais critérios estabelecidos neste Regimento.

4.1.2. Caso possua Instalação Radiativa, o atendimento às disposições contidas na norma CNEN-NE 6.05, de acordo com a especificidade do serviço.

4.1.3. As medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores.

4.1.4. As rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço, definidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH ou por setor específico.

4.1.5. O atendimento às orientações e regulamentações nacionais, estaduais e municipais, no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

4.1.6. As ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes.

4.1.7. As ações referentes aos processos de prevenção de saúde do trabalhador.

4.1.8. Para serviços com sistema próprio de tratamento de RSS, o registro das informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos.

4.1.9 - O desenvolvimento e a implantação de programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de RSS, os setores de higienização e limpeza, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissões Internas de Biossegurança, os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina no Trabalho - SESMT, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, em consonância com o item 18 deste Regimento e com as legislações de saúde, ambiental e de normas da CNEN, vigentes.

4.2 - Competem ainda ao gerador de RSS monitorar e avaliar seu PGRSS, considerando;

4.2.1 - O desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado.

4.2.2 - A avaliação referida no item anterior deve ser realizada levando-se em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

S. E. S.
Fls: 1379
Rubrica

- Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante;
- Variação da geração de resíduos;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E;
- Variação do percentual de reciclagem.

TCE 1388

4.2.3 - Os indicadores devem ser produzidos no momento da implantação do PGRSS e posteriormente com frequência anual.

CAPÍTULO VI - MANEJO DE RSS

Para fins de aplicabilidade deste Regulamento, o manejo dos RSS nas fases de Acondicionamento, Identificação, Armazenamento Temporário e Destinação Final, será tratado segundo classificação dos resíduos constante do Apêndice I

5 - GRUPO A1

5.1 - culturas e estoques de microrganismos resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética. Estes resíduos não podem deixar a unidade geradora sem tratamento prévio.

5.1.1 - Devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado.

5.1.2 - Devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

5.1.3 - Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

5.1.3.1 - Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2 , em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.1.3.2 - Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.2 - Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

5.2.1 - Devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

5.2.2 - Os resíduos provenientes de campanha de vacinação e atividade de vacinação em serviço público de saúde, quando não puderem ser submetidos ao tratamento em seu local de geração, devem ser recolhidos e devolvidos às Secretarias de Saúde responsáveis pela distribuição, em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificado, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.

5.2.3 - Os demais serviços devem tratar estes resíduos conforme o item 5.2.1 em seu local de geração.

5.2.4 - Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

5.2.4.1 - Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2 , em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.2.4.2 - Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.3 - Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4 (Apêndice II), microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

5.3.1 - A manipulação em ambiente laboratorial de pesquisa, ensino ou assistência deve seguir as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde – Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico, correspondente aos respectivos microrganismos.

TCE 1389 S. E. S. Fls. 1380 Rubrica

5.3.2 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.3.3 - Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice V).

5.3.4 - Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

5.3.4.1 - Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.3.4.2 - Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.4 - Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

5.4.1 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2 , em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.4.2 - Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV) e que desestruture as suas características físicas, de modo a se tornarem irreconhecíveis.

5.4.3 - Após o tratamento, podem ser acondicionados como resíduos Grupo D.

5.4.4 - Caso o tratamento previsto no item 5.4.2 venha a ser realizado fora da unidade geradora, o acondicionamento para transporte deve ser em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de controle de fechamento devidamente identificado, conforme item 1.3.3, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.

5.4.5 - As bolsas de hemocomponentes contaminadas poderão ter a sua utilização autorizada para finalidades específicas tais como ensaios de proficiência e confecção de produtos para diagnóstico de uso in vitro, de acordo com Regimento Técnico a ser elaborado pela ANVISA. Caso não seja possível a utilização acima, devem ser submetidas a processo de tratamento conforme definido no item 5.4.2.

5.4.6 - As sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos podem ser descartadas diretamente no sistema de coleta de esgotos, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

6 - GRUPO A2

6.1 - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

6.1.1 - Devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado. Quando houver necessidade de fracionamento, em função do porte do animal, a autorização do órgão de saúde competente deve obrigatoriamente constar do PGRSS.

6.1.2 - Resíduos contendo microrganismos com alto risco de transmissibilidade e alto potencial de letalidade (Classe de risco 4) devem ser submetidos, no local de geração, a processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV) e posteriormente encaminhada para tratamento térmico por incineração.

6.1.3 - Os resíduos não enquadrados no item 6.1.2 devem ser tratados utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

S. E. S.
Fls: 1381
6
Rubrica

O tratamento pode ser realizado fora do local de geração, mas os resíduos não podem ser encaminhados para tratamento em local externo ao serviço.

6.1.4 - Após o tratamento dos resíduos do item 6.1.3, estes podem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de RSS, ou sepultamento em cemitério de animais.

6.1.5 - Quando encaminhados para disposição final em aterro sanitário licenciado, devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3 e a inscrição de "PEÇAS ANATÔMICAS DE ANIMAIS"

TCE 1390

7 - GRUPO A3

7.1 - Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

7.1.1 - Após o registro no local de geração, devem ser encaminhados para:

I - Sepultamento em cemitério, desde que haja autorização do órgão competente do Município ou Estado;

II - Tratamento térmico por incineração ou cremação, em equipamento devidamente licenciado para esse fim.

7.1.2 - Se forem encaminhados para sistema de tratamento, devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3 e a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS".

7.1.3 - O órgão ambiental competente nos Estados ou Municípios pode aprovar outros processos alternativos de destinação.

8 - GRUPO A4

8.1 - Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica; carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações; cadáveres de animais provenientes de serviços de assistência; Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

8.1.1 - Estes resíduos podem ser dispostos, sem tratamento prévio, em local devidamente licenciado para disposição final de RSS.

8.1.2 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

9 - GRUPO A5

9.1 - Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

9.1.1 - Devem sempre ser encaminhados a sistema de incineração, de acordo com o definido na RDC ANVISA nº 305/2002.

9.1.2 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em saco vermelho, que devem ser substituídos após cada procedimento e identificados conforme item.

S.E.S. Fls: 1382 Rubrica

1.3.3. Devem ser utilizados dois sacos como barreira de proteção, com preenchimento somente até 2/3 de sua capacidade, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

10 - Os resíduos do Grupo A, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regimento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

TCE 1391

11 - GRUPO B

11.1 - As características dos riscos destas substâncias são as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ, conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98.

11.1.1 - A FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos.

11.2 - Resíduos químicos que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específico.

11.2.1 - Resíduos químicos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.

11.2.2 - Resíduos químicos no estado líquido devem ser submetidos a tratamento específico, sendo vedado o seu encaminhamento para disposição final em aterros.

11.2.3 - Os resíduos de substâncias químicas constantes do Apêndice VI, quando não fizerem parte de mistura química, devem ser obrigatoriamente segregados e acondicionados de forma isolada.

11.3 - Devem ser acondicionados observados as exigências de compatibilidade química dos resíduos entre si (Apêndice V), assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

11.3.1 - Quando os recipientes de acondicionamento forem constituídos de PEAD, deverá ser observada a compatibilidade constante do Apêndice VII.

11.4- Quando destinados à reciclagem ou reaproveitamento, devem ser acondicionadas em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química do resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

11.5 - Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante. Devem ser identificados de acordo com o item 1.3.4 deste Regimento Técnico.

11.6 - Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados de acordo com o item 1.3.4 Deste Regulamento Técnico.

11.7- As embalagens secundárias não contaminadas pelo produto devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como Resíduo do Grupo D, podendo ser encaminhadas para processo de reciclagem.

11.8- As embalagens e materiais contaminados por substâncias caracterizadas no item 11.2 deste Regulamento devem ser tratados da mesma forma que a substância que as contaminou.

11.9 - Os resíduos gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados, identificados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regulamento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

11.10 - As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser eliminadas no esgoto, desde que haja Sistema de Tratamento de Esgotos na região onde se encontra o serviço. Caso não exista tratamento de esgoto, devem ser submetidas a tratamento prévio no próprio estabelecimento.

11.11 - Resíduos de produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem ter seu manuseio conforme o item 11.2.

S.E.S. Fls: 1383

11.12 - Os resíduos de produtos e de insumos farmacêuticos, sujeitos a controle especial, especificados na Portaria MS 344/98 e suas atualizações devem atender à legislação sanitária em vigor.

11.13 - Os reveladores utilizados em radiologia podem ser submetidos a processo de neutralização para alcançarem pH entre 7 e 9, sendo posteriormente lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

11.14- Os fixadores usados em radiologia podem ser submetidos a processo de recuperação da prata ou então serem submetidos ao constante do item.

11.15 - O descarte de pilhas, baterias e acumuladores de carga contendo Chumbo (Pb), Cádmio (Cd) e Mercúrio (Hg) e seus compostos, deve ser feito de acordo com a Resolução CONAMA nº. 257/1999.

11.16- Os demais resíduos sólidos contendo metais pesados podem ser encaminhados a Aterro de Resíduos Perigosos-Classe I ou serem submetidos a tratamento de acordo com as orientações do órgão local de meio ambiente, em instalações licenciadas para este fim. Os resíduos líquidos deste grupo devem seguir orientações específicas dos órgãos ambientais locais.

11.17 - Os resíduos contendo Mercúrio (Hg) devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação.

11.18 - Resíduos químicos que não apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente.

11.18.1 - Não necessitam de tratamento, podendo ser submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem.

11.18.2 - Resíduos no estado sólido, quando não submetidos à reutilização, recuperação ou reciclagem devem ser encaminhadas para sistemas de disposição finais licenciados.

11.18.3 - Resíduos no estado líquido podem ser lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

11.19 - Os resíduos de produtos ou de insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco à saúde e ao meio ambiente, conforme definido no item 3.1, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem atender ao disposto no item 11.18.

11.20 - Os resíduos de produtos cosméticos, quando descartados por farmácias, drogarias e distribuidores ou quando apreendidos, devem ter seu manuseio conforme o item.

11.2 ou 11.18, de acordo com a substância química de maior risco e concentração existente em sua composição, independente da forma farmacêutica.

11.21- Os resíduos químicos dos equipamentos automáticos de laboratórios clínicos e dos reagentes de laboratórios clínicos, quando misturados, devem ser avaliados pelo maior risco ou conforme as instruções contidas na FISPQ e tratados conforme o item 11.2 ou 11.18.

12 - GRUPO C

12.1 - Os rejeitos radioativos devem ser segregados de acordo com a natureza física do material e do radionuclídeo presente, e o tempo necessário para atingir o limite de eliminação, em conformidade com a norma NE - 6.05 da CNEN. Os rejeitos radioativos não podem ser considerados resíduos até que seja decorrido o tempo de decaimento necessário ao atingimento do limite de eliminação.

12.1.1 - Os rejeitos radioativos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, forrados internamente com saco plástico resistente e identificados conforme o item 12.2 deste Regimento.

12.1.2 - Os rejeitos radioativos líquidos devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas de material compatível com o líquido armazenado, sempre que possível de plástico, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada, vedante, acomodados em bandejas de material inquebrável e com profundidade suficiente para conter, com a devida margem de segurança, o volume total do rejeito, e identificados conforme o item.

10.2 deste Regimento.

12.1.3 - Os materiais perfurocortantes contaminados com radionuclídeos devem ser descartados separadamente, no local de sua geração imediatamente após o uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento.

As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

12.2 - IDENTIFICAÇÃO:

12.2.1 - O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITA RADIOATIVO, indicando o principal risco que apresenta aquele material, além de informações sobre o conteúdo, nome do elemento radioativo, tempo de decaimento, data de geração, nome da unidade geradora, conforme norma da CNEN NE 6.05 e outras que a CNEN determinar.

12.2.2 - Os recipientes para os materiais perfurocortantes contaminados com radionuclídeo devem receber a inscrição de "'PERFUROCORTANTE" e a inscrição REJEITO RADIOATIVO, e demais informações exigidas.

12.2.3 - Após o decaimento do elemento radioativo a níveis do limite de eliminação estabelecidos pela norma CNEN NE 6.05, o rótulo de REJEITO RADIOATIVO deve ser retirado e substituído por outro rótulo, de acordo com o Grupo do resíduo em que se enquadrar.

12.2.4 - O recipiente com rodas de transporte interno de rejeitos radioativos, além das especificações contidas no item 1.3 deste Regimento, deve ser provido de recipiente com sistema de blindagem com tampa para acomodação de sacos de rejeitos radioativos, devendo ser monitorado a cada operação de transporte e ser submetido à descontaminação, quando necessário. Independente de seu volume, não poderá possuir válvula de drenagem no fundo. Deve conter identificação com inscrição, símbolo e cor compatíveis com o resíduo do Grupo C.

12.3 - TRATAMENTO:

12.3.1 - O tratamento dispensado aos rejeitos do Grupo C - Rejeitos Radioativos é o armazenamento, em condições adequadas, para o decaimento do elemento radioativo. O objetivo do armazenamento para decaimento é manter o radionuclídeo sob controle até que sua atividade atinja níveis que permitam liberá-lo como resíduo não radioativo. Este armazenamento poderá ser realizado na própria sala de manipulação ou em sala específica, identificada como sala de decaimento. A escolha do local de armazenamento, considerando as meia-vidas, as atividades dos elementos radioativos e o volume de rejeito gerado, deverá estar definida no Plano de Radioproteção da Instalação, em conformidade com a norma NE - 6.05 da CNEN. Para serviços com atividade em Medicina Nuclear, observar ainda a norma NE - 3.05 da CNEN.

12.3.2 - Os resíduos do Grupo A de fácil putrefação, contaminados com radionuclídeos, depois de atendido os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo, devem observar as condições de conservação mencionadas no item.

1.5.5, durante o período de decaimento do elemento radioativo.

12.3.3 - O tratamento preliminar das excretas de seres humanos e de animais submetidos à terapia ou a experimentos com radioisótopos deve ser feito de acordo com os procedimentos constantes no Plano de Radioproteção.

12.3.4 - As sobras de alimentos provenientes de pacientes submetidos à terapia com Iodo 131, depois de atendidos os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo, devem observar as condições de conservação mencionadas no item 1.5.5 durante o período de decaimento do elemento radioativo. Alternativamente, poderá ser adotada a metodologia de trituração destes alimentos na sala de decaimento, com direcionamento para o sistema de esgotos, desde que haja Sistema de Tratamento de Esgotos na região onde se encontra a unidade.

S. E. S.
Fls. 1385
Rubrica

12.3.5 - O tratamento para decaimento deverá prever mecanismo de blindagem de maneira a garantir que a exposição ocupacional esteja de acordo com os limites estabelecidos na norma NE-3.01 da CNEN. Quando o tratamento for realizado na área de manipulação, devem ser utilizados recipientes blindados individualizados. Quando feito em sala de decaimento, esta deve possuir paredes blindadas ou os rejeitos radioativos devem estar acondicionados em recipientes individualizados com blindagem.

12.3.6 - Para serviços que realizem atividades de Medicina Nuclear e possuam mais de 3 equipamentos de diagnóstico ou pelo menos 1 quarto terapêutico, o armazenamento para decaimento será feito em uma sala de decaimento de rejeitos radioativos com no mínimo 4 m², com os rejeitos acondicionados de acordo com o estabelecido no item 12.1 deste Regimento.

12.3.7 - A sala de decaimento de rejeitos radioativos deve ter o seu acesso controlado. Deve estar sinalizada com o símbolo internacional de presença de radiação ionizante e de área de acesso restrito, dispondo de meios para garantir condições de segurança contra ação de eventos induzidos por fenômenos naturais e estar de acordo com o Plano de Radioproteção aprovado pela CNEN para a instalação.

12.3.8 - O limite de eliminação para rejeitos radioativos sólidos é de 75 Bq/g, para qualquer radionuclídeo, conforme estabelecido na norma NE 6.05 da CNEN. Na impossibilidade de comprovar-se a obediência a este limite, recomenda-se aguardar o decaimento do radionuclídeo até níveis comparáveis à radiação de fundo.

12.3.9 - A eliminação de rejeitos radioativos líquidos no sistema de esgoto deve ser realizada em quantidades absolutas e concentrações inferiores às especificadas na norma NE-6.05 da CNEN, devendo esses valores ser parte integrante do plano de gerenciamento.

12.3.10 - A eliminação de rejeitos radioativos gasosos na atmosfera deve ser realizada em concentrações inferiores às especificadas na norma NE-6.05 da CNEN, mediante prévia autorização da CNEN.

12.3.11 - O transporte externo de rejeitos radioativos, quando necessário, deve seguir orientação prévia específica da Comissão Nacional de Energia Nuclear/CNEN.

13 - GRUPO D

13.1 - ACONDICIONAMENTO

13.1.1 - Devem ser acondicionados de-acordo-com as orientações-dos serviços locais de limpeza urbana, utilizando-se sacos impermeáveis, contidos em recipientes e receber identificação conforme o item 13.2 deste Regimento.

13.1.2 - Os cadáveres de animais podem ter acondicionamento e transporte diferenciados, de acordo com o porte do animal, desde que submetidos à aprovação pelo órgão de limpeza urbana, responsável pela coleta, transporte e disposição final deste tipo de resíduo.

13.2 - IDENTIFICAÇÃO:

13.2.1 - Para os resíduos do Grupo D, destinados à reciclagem ou reutilização, a identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº. 275/2001, e símbolos de tipo de material reciclável:

I - azul - PAPÉIS

II- amarelo - METAIS

III - verde - VIDROS

IV - vermelho - PLÁSTICOS

V - marrom - RESÍDUOS ORGÂNICOS

13.2.2 - Para os demais resíduos do Grupo D deve ser utilizada a cor cinza nos recipientes.

13.2.3 - Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não existe exigência para a padronização de cor destes recipientes.

13.2.3 - São admissíveis outras formas de segregação, acondicionamento e identificação dos recipientes destes resíduos para fins de reciclagem, de acordo com as características específicas das rotinas de cada serviço, devendo estar contempladas no PGRSS.

13.3 - TRATAMENTO

13.3.1- Os resíduos líquidos provenientes de esgoto e de águas servidas de estabelecimento de saúde devem ser tratados antes do lançamento no corpo receptor ou na rede coletora de esgoto, sempre que não houver sistema de tratamento de esgoto coletivo atendendo a área onde está localizado o serviço, conforme definido na RDC ANVISA nº. 50/2002.

S. E. S.
Fls: 1386
Rubrica

13.3.2 - Os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outro fluido corpóreo, podem ser encaminhados ao processo de compostagem.

13.3.3 - Os restos e sobras de alimentos citados no item 13.3.2 só podem ser utilizados para fins de ração animal, se forem submetidos ao processo de tratamento que garanta a inocuidade do composto, devidamente avaliado e comprovado por órgão competente da Agricultura e de Vigilância Sanitária do Município ou Estado.

TCE 1395

14 - GRUPO E

14.1 - Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes, rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 13853/97 da ABNT, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento.

As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

14.2 - O volume dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária deste tipo de resíduo.

14.3 - Os recipientes mencionados no item 14.1 devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5 (cinco) cm de distância da boca do recipiente, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

14.4 - Os resíduos do Grupo E, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regulamento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

14.5 - Os recipientes devem estar identificados de acordo com o item 1.3.6, com símbolo internacional de risco biológico, acrescido da inscrição de "PERFUROCORTANTE" e os riscos adicionais, químico ou radiológico.

14.6- O armazenamento temporário, o transporte interno e o armazenamento externo destes resíduos podem ser feitos nos mesmos recipientes utilizados para o Grupo A.

14.7 - TRATAMENTO

14.7.1 - Os resíduos perfurocortantes contaminados com agente biológico Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

14.7.2 - Dependendo da concentração e volume residual de contaminação por substâncias químicas perigosas, estes resíduos devem ser submetidos ao mesmo tratamento dado à substância contaminante.

14.7.3 - Os resíduos contaminados com radionuclídeos devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou, conforme orientações constantes do item 12.3.

14.7.4 - As seringas e agulhas utilizadas em processos de assistência à saúde, inclusive as usadas na coleta laboratorial de amostra de paciente e os demais resíduos perfurocortantes não necessitam de tratamento.

As etapas seguintes do manejo dos RSS serão abordadas por processo, por abrangerem mais de um tipo de resíduo em sua especificação, e devem estar em conformidade com a Resolução CONAMA nº. 283/2001

15 - ARMAZENAMENTO EXTERNO

15.1 - O armazenamento externo, denominado de abrigo de resíduos, deve ser construído em ambiente exclusivo, com acesso externo facilitado à coleta, possuindo, no mínimo, 01 ambiente separado para atender o armazenamento de recipientes de resíduos do Grupo A juntamente com o Grupo E e 01 ambiente para o Grupo D. O abrigo deve ser identificado e restrito aos funcionários do gerenciamento de resíduos, ter fácil acesso para os recipientes de transporte e para os veículos coletores. Os recipientes de transporte interno não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso ao abrigo de resíduos.

S. E. S. Fls. 1387

15.2 - O abrigo de resíduos deve ser dimensionado de acordo com o volume de resíduos gerados, com capacidade de armazenamento compatível com a periodicidade de coleta do sistema de limpeza urbana local. O piso deve ser revestido de material liso, impermeável, lavável e de fácil higienização. O fechamento deve ser constituído de alvenaria revestida de material liso, lavável e de fácil higienização, com aberturas para ventilação, de dimensão equivalente a, no mínimo, 1/20 (um vigésimo) da área do piso, com tela de proteção contra insetos.

15.3- O abrigo referido no item 15.2 deste Regulamento deve ter porta provida de tela de proteção contra roedores e vetores, de largura compatível com as dimensões dos recipientes de coleta externa, pontos de iluminação e de água, tomada elétrica, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgoto do estabelecimento e ralo sifonado com tampa que permita a sua vedação.

15.4- Os resíduos químicos do Grupo B devem ser armazenados em local exclusivo com dimensionamento compatível com as características quantitativas e qualitativas dos resíduos gerados.

15.5 - O abrigo de resíduos do Grupo B, quando necessário, deve ser projetado e construído em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas para ventilação adequada, com tela de proteção contra insetos. Ter piso e paredes revestidos internamente de material resistente, impermeável e lavável, com acabamento liso. O piso deve ser inclinado, com caimento indicando para as canaletas. Deve possuir sistema de drenagem com ralo sifonado provido de tampa que permita a sua vedação. Possuir porta dotada de proteção inferior para impedir o acesso de vetores e roedores.

15.6 - O abrigo de resíduos do Grupo B deve estar identificado, em local de fácil visualização, com sinalização de segurança RESÍDUOS QUÍMICOS, com símbolo baseado na norma NBR 7500 da ABNT.

15.7 - O armazenamento de resíduos perigosos deve contemplar ainda as orientações contidas na norma NBR 12.235 da ABNT.

15.8- O abrigo de resíduos deve possuir área específica de higienização para limpeza e desinfecção simultânea dos recipientes coletores e demais equipamentos utilizados no manejo de RSS. A área deve possuir cobertura, dimensões compatíveis com os equipamentos que serão submetidos à limpeza e higienização, piso e paredes lisas, impermeáveis, laváveis, ser provida de pontos de iluminação e tomada elétrica, ponto de água, preferencialmente quente e sob pressão, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgotos do estabelecimento e ralo sifonado provido de tampa que permita a sua vedação.

15.9 - O trajeto para o traslado de resíduos desde a geração até o armazenamento externo deve permitir livre acesso dos recipientes coletores de resíduos, possuir piso com revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, quando necessária, com inclinação de acordo com a RDC ANVISA nº. 50/2002.

15.10 - O estabelecimento gerador de RSS cuja geração semanal de resíduos não exceda a 700 L e a diária não exceda a 150 L, pode optar pela instalação de um abrigo reduzido exclusivo, com as seguintes características:

• Ser construído em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas teladas para ventilação, restrita a duas aberturas de 10X20 cm cada uma delas, uma a 20 cm do piso e a outra a 20 cm do teto, abrindo para a área externa. A critério da autoridade sanitária, estas aberturas podem dar para áreas internas da edificação;

• Piso, paredes, porta e teto de material liso, impermeável e lavável. Caimento de piso para ao lado oposto ao da abertura com instalação de ralo sifonado ligado à instalação de esgoto sanitário do serviço.

• Identificação na porta com o símbolo de acordo com o tipo de resíduo armazenado;

• Ter localização tal que não abra diretamente para a área de permanência de pessoas e, circulação de público, dando-se preferência a locais de fácil acesso à coleta externa e próxima a áreas de guarda de material de limpeza ou expurgo.

S. E. S
Fls: 1388
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1397

CAPÍTULO VII – SEGURANÇA OCUPACIONAL

16 - O pessoal envolvido diretamente com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento, e armazenamento de resíduos, deve ser submetido a exame médico admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, conforme estabelecido no PCMSO da Portaria 3214 do MTE ou em legislação específica para o serviço público.

16.1 - Os trabalhadores devem ser imunizados em conformidade com o Programa Nacional de Imunização-PNI, devendo ser obedecido o calendário previsto neste programa ou naquele adotado pelo estabelecimento.

16.2 - Os trabalhadores imunizados devem realizar controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta imunológica.

17 - Os exames a que se refere o item anterior devem ser realizados de acordo com as Normas Reguladoras-NRs do Ministério do Trabalho e Emprego.

18 - O pessoal envolvido diretamente com o gerenciamento de resíduos deve ser capacitado na ocasião de sua admissão e mantido sob educação continuada para as atividades de manejo de resíduos, incluindo a sua responsabilidade com higiene pessoal, dos materiais e dos ambientes.

18.1- A capacitação deve abordar a importância da utilização correta de equipamentos de proteção individual - uniforme, luvas, avental impermeável, máscara, botas e óculos de segurança específicos a cada atividade, bem como a necessidade de mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação.

19 - Todos os profissionais que trabalham no serviço, mesmo os que atuam temporariamente ou não estejam diretamente envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, devem conhecer o sistema adotado para o gerenciamento de RSS, a prática de segregação de resíduos, reconhecer os símbolos, expressões, padrões de cores adotados, conhecer a localização dos abrigos de resíduos, entre outros fatores indispensáveis à completa integração ao PGRSS.

20 - Os serviços geradores de RSS devem manter um programa de educação continuada, independente do vínculo empregatício existente, que deve contemplar dentre outros temas:

• - Noções gerais sobre o ciclo da vida dos materiais;

• - Conhecimento da legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária relativas aos RSS;

• - Definições, tipo e classificação dos resíduos e potenciais de risco do resíduo;

• - Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;

• - Formas de reduzir a geração de resíduos e reutilização de materiais;

• - Conhecimento das responsabilidades e de tarefas;

• - Identificação das classes de resíduos;

• - Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;

• - Orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual-EPI e Coletiva-EPC;

• - Orientações sobre biossegurança (biológica, química e radiológica);

• - Orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;

• - Orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos;

• - Providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;

• - Visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município;

• - Noções básicas de controle de infecção e de contaminação química.

20.1 - Os programas de educação continuada podem ser desenvolvidos sob a forma de consorciamento entre os diversos estabelecimentos existentes na localidade.

21 - Todos os atos normativos mencionados neste Regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Apêndice I

Classificação

GRUPO A

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

TCE 1398

S. E. S.
Fls: 1389
6

A1

- Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto-os-hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.
- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A2

- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica.

A3

- Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiar.

A4

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.
- Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.

- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco-4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com prions.

- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.

- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

- Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica.

- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de micro-organismo, bem como suas forrações.

- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

- Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes- escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

GRUPO B

Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

- Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos Medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.

- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.

S. E. S.
Fls: 1390
Rubrica
CONSELHO DE LICITAÇÃO

- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.
- Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

TCE 1399

GRUPO C

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

- Enquadram-se neste grupo os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, proveniente de laboratórios de análises clinica, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a resolução CNEN-6.05.

GRUPO D

Resíduos que não apresentem 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, resto alimentar de paciente, material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro 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

GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Apêndice II

Classificação de Agentes Etiológicos Humanos e Animais - Instrução normativa CTNBio nº 7 de 06/06/1997 e Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico - Ministério da Saúde – 2004.

OBS : Os microrganismos emergentes que venham a ser identificados deverão ser classificados neste nível até que os estudos estejam concluídos.

Classe de risco 4

BACTÉRIAS	Nenhuma
FUNGOS	Nenhum
PARASITAS	Nenhum
VÍRUS E MICOPLASMAS	Agentes da Febre Hemorrágica (Criméia- Congo, Lassa, Junin, Machupo, Sabiá, Guanarito e outros ainda não identificados)
	Encefalites transmitidas por carrapatos (inclui o vírus da Encefalite primavera-verão Russa, Vírus da Doença de
	Kyasanur, Febre Hemorrágica de Omsk e vírus da Encefalite da Europa Central).
	Herpesvírus simiae (Monkey B vírus)
	Mycoplasma agalactiae (caprina)
	Mycoplasma mycoides (pleuropneumonia contagiosa bovina)
	Peste eqüina africana
	Peste suína africana
	Varíola caprina
	Varíola de camelo
	Vírus da dermatite nodular contagiosa
	Vírus da doença de Nairobi (caprina)
	Vírus da doença de Teschen
	Vírus da doença de Wesselsbron
	Vírus da doença hemorrágica de coelhos
	Vírus da doença vesicular suína
	Vírus da entente viral dos patos, gansos e Cisnes
	Vírus da febre aftosa (todos os tipos)
	Vírus da febre catarral maligna
	Vírus da febre efêmera de bovinos
	Vírus da febre infecciosa petequial bovina
	Vírus da hepatite viral do pato
	Vírus da louping III
	Vírus da lumpy skin
	Vírus da peste aviária
	Vírus da peste bovina
	Vírus da peste dos pequenos ruminantes
	Vírus da peste suína clássica (amostra selvagem)
	Vírus de Marburg
	Vírus de Akabane
	Vírus do exantema vesicular
	Vírus Ebola

Os microorganismos emergentes que venham a ser identificados deverão ser classificados neste nível até que os estudos estejam concluídos.

TCE 1400

S.E.S. Fls: 1391 6 Rub.

APÊNDICE III – Quadro resumo das Normas de Biossegurança para o Nível Classe de Risco 4

AGENTES	- Agentes exóticos ou perigosos que impõem um alto risco de doenças que ameaçam a vida; - Infecções laboratoriais transmitidas via aerossol ou relacionadas a agentes com risco desconhecido de transmissão.
PRÁTICAS	- Práticas padrões de microbiologia - Acesso controlado - Avisos de risco biológico - Precauções com objetos perfurocortantes - Manual de Biossegurança que defina qualquer descontaminação de dejetos ou normas de vigilância médica. - Descontaminação de todo o resíduo - Descontaminação da roupa usada no laboratório antes de ser lavada - Amostra sorológica - Mudança de roupa antes de entrar - Banho de ducha na saída - Todo material descontaminado na saída das instalações.
EQUIP. SEGURANÇA BARREIRAS PRIMÁRIAS	Todos os procedimentos conduzidos em Cabines de Classe III ou Classe I ou II, juntamente com macacão de pressão positiva com suprimento de ar.
INSTALAÇÕES BARREIRAS SECUNDÁRIAS	- Edifício separado ou área isolada - Porta de acesso dupla com fechamento automático - Ar de exaustão não recirculante - Fluxo de ar negativo dentro do laboratório - Sistema de abastecimento e escape, a vácuo, e de descontaminação.

Apêndice IV – Níveis de Inativação Microbiana

Nível I	Inativação de bactérias vegetativas, fungos e vírus lipofílicos com redução igual ou maior que 6Log10.
Nível II	Inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com redução igual ou maior que 6Log10.
Nível III	Inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com redução igual ou maior que 6Log10, e inativação de esporos do B. stearothermophilus ou de esporos do B. subtilis com redução igual ou maior que 4Log10.
Nível IV	Inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias, e inativação de esporos do B. stearothermophilus com redução igual ou maior que 4Log10.

Apêndice V – Tabela de Incompatibilidade das principais substâncias utilizadas em Serviços de Saúde

Substância	Incompatível com
Acetileno	Cloro, Bromo, Flúor, Cobre, Prata, Mercúrio
Ácido acético	Ácido crômico, Ácido perclórico, peróxidos, permanganatos, Ácido nítrico, etilenoglicol
Acetona	Misturas de Ácidos sulfúrico e nítrico concentrados, Peróxido de hidrogênio.
Ácido crômico	Ácido acético, naftaleno, cânfora, glicerol, turpentine, álcool, outros líquidos inflamáveis.
Ácido hidrociânico	Ácido nítrico, álcalis.
Ácido fluorídrico anidro, fluoreto de Hidrogênio	Amônia (aquosa ou anidra)
Ácido nítrico concentrado	Ácido cianídrico, anilinas, Óxidos de cromo VI, Sulfeto de hidrogênio, líquidos e gases combustíveis, ácido acético, ácido crômico.
Ácido oxálico	Prata e Mercúrio
Ácido perclórico	Anidrido acético, álcoois, Bismuto e suas ligas, papel, madeira.
Ácido sulfúrico	Cloratos, percloratos, permanganatos e água.
Alquil alumínio	Água
Amônia anidra	Mercúrio, Cloro, Hipoclorito de cálcio, Iodo, Bromo, Ácido fluorídrico.
Amônia anidra	Mercúrio, Cloro, Hipoclorito de cálcio, Iodo, Bromo, Ácido fluorídrico.
Anidrido acético	Compostos contendo hidroxil tais como etilenoglicol, Ácido perclórico
Anilina	Ácido nítrico, Peróxido de hidrogênio.
Azida sódica	Chumbo, Cobre e outros metais
Bromo e Cloro	Benzeno, Hidróxido de amônio, benzina de petróleo, Hidrogênio, acetileno, etano, propano, butadienos, pósmetálicos.
Carvão ativo	Dicromatos, permanganatos, Ácido nítrico, Ácido sulfúrico, Hipoclorito de sódio
Cloro	Amônia, acetileno, butadieno, butano, outros gases de petróleo, Hidrogênio, Carbeto de sódio, turpentine, benzeno, metais finamente divididos, benzinas e outras frações do petróleo.
Cianetos	Ácidos e álcalis
Cloratos, percloratos, clorato de Potássio	Sais de amônio, ácidos, metais em pó, matérias orgânicas particuladas, substâncias combustíveis.
Cobre metálico	Acetileno, Peróxido de hidrogênio, azidas
Dióxido de cloro	Amônia, metano, Fósforo, Sulfeto de hidrogênio.
Flúor	Isolado de tudo

TCE 1401
S. E. S.
Fls. 1392

Fósforo	Enxofre, compostos oxigenados, cloratos, percloratos, nitratos, permanganatos.
Halogênios (Flúor, Cloro, Bromo e Iodo)	Amoníaco, acetileno e hidrocarbonetos.
Hidrazida	Peróxido de hidrogênio, ácido nítrico e outros oxidantes
Hidrocarbonetos (butano, propano tolueno)	Ácido crômico, flúor, cloro, bromo, peróxidos.
Iodo	Acetileno, Hidróxido de amônio, Hidrogênio.
Líquidos inflamáveis	Ácido nítrico, Nitrato de amônio, Óxido de cromo VI, peróxidos, Flúor, Cloro, Bromo, Hidrogênio
Mercúrio	Acetileno, Ácido fulmínico, amônia.
Metais alcalinos	Dióxido de carbono, Tetracloreto de carbono, outros hidrocarbonetos clorados.
Nitrato de amônio	Ácidos, pós-metálicos, líquidos inflamáveis, cloretos, Enxofre, compostos orgânicos em pó.
Nitrato de sódio	Nitrato de amônio e outros sais de amônio
Óxido de cálcio	Água
Óxido de cromo VI	Ácido acético, glicerina, benzina de petróleo, líquidos inflamáveis, naftaleno.
Oxigênio	Óleos, graxas, Hidrogênio, líquidos, sólidos e gases Inflamáveis.
Perclorato de potássio	Ácidos
Permanganato de potássio	Glicerina, etilenoglicol, Ácido sulfúrico.
Peróxido de hidrogênio	Cobre, Cromo, Ferro, álcoois, acetonas, substâncias Combustíveis
Peróxido de sódio	Ácido acético, Anidrido acético, benzaldeído, etanol, metanol, etilenoglicol, Acetatos de metila e etila, furfural
Prata e sais de Prata	Acetileno, Ácido tartárico, Ácido oxálico, compostos de amônio.
Sódio	Dióxido de carbono, Tetracloreto de carbono, outros hidrocarbonetos clorados.
Sulfeto de hidrogênio	Ácido nítrico fumegante, gases oxidantes.

Apêndice VI

- Substancias que devem ser segregadas separadamente
- Líquidos inflamáveis
- Ácidos
- Bases
- Oxidantes
- Compostos orgânicos não halogenados
- Compostos orgânicos halogenados

- Óleos
- Materiais reativos com o ar
- Materiais reativos com a água
- Mercúrio e compostos de Mercúrio
- Brometo de etídio
- Formalina ou Formaldeído
- Mistura sulfocrômica
- Resíduo fotográfico
- Soluções aquosas
- Corrosivas
- Explosivas
- Venenos
- Carcinogênicas, Mutagênicas e Teratogênicas
- Ecotóxicas
- Sensíveis ao choque
- Criogênicas
- Asfixiantes
- De combustão espontânea
- Gases comprimidos
- Metais pesados

APÊNDICE VII – Lista das principais substâncias utilizadas em serviços de saúde que reagem com embalagens de Polietileno de Alta Densidade (PEAD)

Ácido butírico	Dietil benzeno
Ácido nítrico	Dissulfeto de carbono
Ácidos concentrados	Éter
Bromo	Fenol / clorofórmio
Bromofórmio	Nitrobenzeno
Álcool benzílico	o-diclorobenzeno
Anilina	Óleo de canela
Butadieno	Óleo de cedro
Ciclohexano	p-diclorobenzeno
Cloreto de etila, forma líquida	Percloroetileno
Cloreto de tionila	Solventes bromados & fluorados
Bromobenzeno	Solventes clorados
Cloreto de Amila	Tolueno
Cloreto de vinilideno	Tricloroeteno
Cresol	Xileno

S.E.S. Fls: 1393 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Apêndice VIII

GLOSSÁRIO TCE 1402

Agente biológico: Bactérias, fungos, vírus, clamídias, riquétsias, micoplasmas, prions, parasitas, linhagens celulares, outros organismos e toxinas.

Atendimento individualizado: ação desenvolvida em estabelecimento onde se realiza o atendimento com apenas um profissional de saúde em cada turno de trabalho: (consultório)

Aterro de resíduos perigosos - Classe I: Técnica de disposição final de resíduos químicos no solo, sem causar danos ou riscos à saúde pública, minimizando os impactos ambientais e utilizando procedimentos específicos de engenharia para o confinamento destes.

Aterro sanitário: Técnica de disposição final de resíduos sólidos urbanos no solo, por meio de confinamento em camadas cobertas com material inerte, segundo normas específicas, de modo a evitar danos ou riscos à saúde e à segurança, minimizando os impactos ambientais.

Cadáveres de animais: são os animais mortos. Não oferecem risco à saúde humana, à saúde animal ou de impactos ambientais por estarem impedidos de disseminar agentes etiológicos de doenças.

Carcaças de animais: são produtos de retaliação de animais, provenientes de estabelecimentos de tratamento de saúde animal, centros de experimentação, de Universidades e unidades de controle de zoonoses e outros similares.

Carros coletores: são os contenedores providos de rodas, destinados à coleta e transporte interno de resíduos de serviços de saúde .

Classe de risco 4: (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): condição de um agente biológico que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes.

Condições de lançamento: condições e padrões de emissão adotados para o controle de lançamentos de efluentes no corpo receptor.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH: órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de coordenação das ações de controle de infecção hospitalar.

Compostagem: processo de decomposição biológica de fração orgânica biodegradável de resíduos sólidos, efetuado por uma população diversificada de organismos em condições controladas de aerobiose e demais parâmetros, desenvolvido em duas etapas distintas: uma de degradação ativa e outra de maturação.

Corpo receptor: corpo hídrico superficial que recebe o lançamento de um efluente.

Destinação final: processo decisório no manejo de resíduos que inclui as etapas de tratamento e disposição final.

Equipamento de Proteção Individual – EPI: dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, atendidas as peculiaridades de cada atividade profissional ou funcional.

Estabelecimento: denominação dada a qualquer edificação destinada à realização de atividades de prevenção, promoção, recuperação e pesquisa na área da saúde ou que estejam a ela relacionadas.

Fonte selada: fonte radioativa encerrada hermeticamente em uma cápsula, ou ligada totalmente a material inativo envolvente, de forma que não possa haver dispersão de substância radioativa em condições normais e severas de uso.

Forma livre: é a saturação de um líquido em um resíduo que o absorva ou o contenha, de forma que possa produzir gotejamento, vazamento ou derramamento espontaneamente ou sob compressão mínima.

Hemoderivados: produtos farmacêuticos obtidos a partir do plasma humano, submetidos a processo de industrialização e normatização que lhes conferem qualidade, estabilidade e especificidade.

Insumos farmacêuticos: Qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.

Instalações radiativas: estabelecimento onde se produzem, processam, manuseiam, utilizam, transportam ou armazenam fontes de radiação, excetuando-se as Instalações Nucleares definidas na norma CNEN-NE-1.04 "Licenciamento de Instalações Nucleares" e os veículos transportadores de fontes de radiação.

S. E. S.
Fls: 1394
Rubrica
PREGÃO LICITAÇÃO

Licenciamento ambiental: atos administrativos pelos quais o órgão de meio ambiente aprova a viabilidade do local proposto para uma instalação de tratamento ou destinação final de resíduos, permitindo a sua construção e operação, após verificar a viabilidade técnica e o conceito de segurança do projeto.

Licenciamento de instalações radiativas: atos administrativos pelos quais a CNEN aprova a viabilidade do local proposto para uma instalação radiativa e permite a sua construção e operação, após verificar a viabilidade técnica e o conceito de segurança do projeto.

Limite de eliminação: valores estabelecidos na norma CNEN-NE-6.05 "Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radioativas" e expressos em termos de concentrações de atividade e/ou atividade total, em ou abaixo dos quais um determinado fluxo de rejeito pode ser liberado pelas vias convencionais, sob os aspectos de proteção radiológica.

Líquidos corpóreos: são representados pelos líquidos cefalorraquidiano, pericárdico, pleural, articular, ascítico e amniótico.

Local de geração: representa a unidade de trabalho onde é gerado o resíduo.

Materiais de assistência à saúde: materiais relacionados diretamente com o processo de assistência aos pacientes

Meia-vida física: tempo que um radionuclídeo leva para ter a sua atividade inicial reduzida à metade.

Metal pesado: qualquer composto de Antimônio, Cádmio, Crômio (IV), Chumbo, Estanho, Mercúrio, Níquel, Selênio, Telúrio e Tálio, incluindo a forma metálica.

Patogenicidade: capacidade de um agente causar doença em indivíduos normais suscetíveis.

Plano de Radioproteção – PR: Documento exigido para fins de Licenciamento de Instalações Radiativas, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear, conforme competência atribuída pela Lei 6.189, de 16 de dezembro de 1974, que se aplica às atividades relacionadas com a localização, construção, operação e modificação de Instalações Radiativas, contemplando, entre outros, o Programa de Gerência de Rejeitos Radioativos – PGRR.

Príon: estrutura protéica alterada relacionada como agente etiológico das diversas formas de Encefalite Espongiforme

Produto para diagnóstico de uso – IN – VITRO: reagentes, padrões, calibradores, controles, materiais, artigos e instrumentos, junto com as instruções para seu uso, que contribuem para realizar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa de uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma, que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados unicamente para provar informação sobre amostras obtidas do organismo humano. (Portaria n º 8/MS/SVS, de 23 de janeiro de 1996).

Quimioterápicos antineoplásicos: substâncias químicas que atuam a nível celular com potencial de produzirem genotoxicidade, citotoxicidade e teratogenicidade.

Reciclagem : processo de transformação dos resíduos que utiliza técnicas de beneficiamento para o reprocessamento, ou obtenção de matéria prima para fabricação de novos produtos.

Redução de carga microbiana: aplicação de processo que visa a inativação microbiana das cargas biológicas contidas nos resíduos

Resíduos de Serviços de Saúde – RSS: são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços definidos no artigo 1o que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final.

Sistema de tratamento de resíduos de serviços de saúde: conjunto de unidades, processos e procedimentos que alteram as características físicas, físico-químicas, químicas ou biológicas dos resíduos, podendo promover a sua descaracterização, visando a minimização do risco à saúde pública, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador.

Sobras de amostras: restos de sangue, fezes, urina, suor, lágrima, leite, colostro, líquido espermático, saliva, secreções nasal, vaginal ou peniana, pêlo e unha que permanecem nos tubos de coleta após a retirada do material necessário para a realização de investigação.

S. E. S.
Fls: 1395
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Veículo coletor: veículo utilizado para a coleta externa e o transporte de resíduos de serviços de saúde.

TCE 1404

Cronograma de atividade anual

Atividades	2014											
	Fase que antecede o período de operacionalização				Fase de Operacionalização							
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões de Planejamento												
Criação da Comissão de Resíduos												
Definição dos Responsáveis pelo PGRSS												
Reforma / Construção do abrigo de Resíduos												
Aquisição de equipamentos												
Contratação de empresas terceirizadas												
Treinamento e implantação do PGRSS												
Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS												
Implementação do PGRSS												

O cronograma de atividade anual deve ser compreendido com os fatores relacionados da respectiva **Comissão de Gerenciamento de Resíduos** e do Plano de Gerenciamento de resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde, estando previsto para operar mediante as ações propostas sendo:

Reuniões de planejamento:

As reuniões de planejamento contemplarão os mecanismos e estudos para implantação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos e do PGRSS no Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN.

Definição dos responsáveis pela implantação e gerenciamento do PGRSS

Deverá ser definido responsável de implantação e gerenciamento do Plano

Reforma / Construção do sistema de armazenamento dos resíduos

A implantação do abrigo já está prevista no projeto arquitetônico do Hospital, foi contemplado nesse cronograma para possível intervenção a ser realizada nos abrigos.

Aquisição dos equipamentos para acondicionamento e armazenamento de resíduos.

Deverá ser realizado o levantamento de todo o material para acondicionamento e armazenamento disposto no PGRSS e complementado nas reuniões de planejamento que estarão mais perto da realidade operacional do empreendimento.

Definição e contratação da empresa responsável pela coleta, transporte e destinação final dos resíduos.

Deverão ser contratadas empresas devidamente licenciada para transporte e destinação final dos resíduos pertinentes.

Atividades a serem realizadas, após o início de operação do empreendimento.

Treinamento do pessoal Capacitação para o trabalho com RSS.

O treinamento dos funcionários é etapa primordial para o sucesso na implantação do PGRSS

Implantação do PGRSS

O plano deve contar com prazo para sua implantação Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS

A fase de monitoramento deverá persistir durante toda a vida útil do empreendimento.

O PGRSS só poderá ser implantado após a sua aprovação pelos órgãos Responsáveis.

Os resíduos a serem gerados pelo Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN em seu exercício de atividades de cuidados à saúde pertencem aos diversos grupos portanto por vislumbrar RDC Nº 306 de 2004, deixa claro que são aplicáveis somente os resíduos que estejam contaminados ou suspeitos de conter agentes de Classe de risco, que apresentam relevância epidemiológica e risco de disseminação, o que é o caso.

S. E. S. Fls: 1396 6 Rubrica

É importante esclarecer que somente alguns dos resíduos (Grupo "E") originados pelas atividades de saúde do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN** necessitarão de gerenciamento diferenciado, para evitar a geração excessiva de resíduos que, erroneamente, terão que ser processados como "potencialmente infectantes", e consequentemente, e sem necessidade, de elevar o custo destes serviços à coleta publica.

Além disso, ressalta-se a importância da nomeação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos capacitada para cuidar especificamente dos aspectos relacionados ao gerenciamento dos resíduos sólidos e educação em saúde, permitindo uma interação com os demais colaboradores.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde é entendido como a ação de gerenciar desde a geração até o destino final. A segregação é um passo importante para ter um adequado destino final.

Para fins de atendimento de apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN bem como a implementação das ações foram adotadas as seguintes Legislações e Normas Técnicas:

• **LEI FEDERAL Nº 9605/98:** Dispõe sobre crimes ambientais.

• **RESOLUÇÃO CONAMA Nº 01/86:** Estabelecem definições, responsabilidades, critérios básicos, e diretrizes da avaliação do impacto ambiental, determina que aterros sanitários, processamento e destino final de resíduos tóxicos ou perigosos são passíveis de avaliação.

• **RESOLUÇÃO CONAMA Nº 05/88:** Especifica licenciamento de obras de unidade de transferências, tratamento e disposição final de resíduos sólidos de origens domésticas, públicas, industriais e de origem hospitalar.

• **RESOLUÇÃO CONAMA Nº 05/93:** Dispõe sobre destinação dos resíduos sólidos de serviço de saúde, portos, aeroportos, terminais rodoviários e ferroviários. Onde define a responsabilidade do gerador quanto o gerenciamento dos resíduos desde a geração até a disposição final.

• **RESOLUÇÃO CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005**: Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

• **RESOLUÇÃO ANVISA RDC 306/04:** Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

• **NBR 10.004/87**: Classifica os resíduos sólidos quanto aos seus riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública.

• **NBR 7.500/87:** Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de resíduos sólidos.

• **NBR 12.235/92:** Armazenamento de resíduos sólidos perigosos definidos na NBR 10004 – procedimentos.

• **NBR 12.807/93:** Resíduos de serviços de saúde – terminologia.

• **NBR 12.808/93:** Resíduos de serviços de saúde – classificação.

• **NBR 12.809/93:** Manuseio de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.

• **NBR 12.810/93**: Coleta de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.

• **NBR 9.190/93:** Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – classificação.

• **NBR 9.191/93:** Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – especificação.

• **NBR 9.195/93:** Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – determinação da resistência à queda livre.

• **NBR 13.055/93**: Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – Determinação para a capacidade volumétrica.

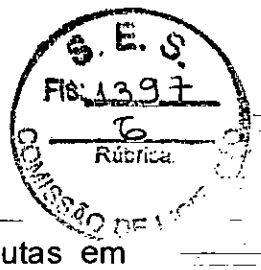
• **NBR 13.056/93:** Filmes plásticos para saco para acondicionamento de lixo.

• **NBR 12.890/93**: Coleta, varrição e acondicionamento de resíduos sólidos urbanos - terminologia.

• **NBR 11.175/90:** Fixa as condições exigíveis de desempenho do equipamento para incineração de resíduos sólidos perigosos.

• **NBR 13.853/97:** Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes – requisitos e métodos de ensaio.

• **CNEN – NE 6.05/98:** Gerência dos rejeitos radioativos.



4.1.2.13 Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional

Descrição da Finalidade e Competências

Atuar como órgão consultivo e deliberativo sobre insumos e condutas em Terapia nutricional.

- Compete a Comissão de Suporte Nutricional Enteral:

• Supervisionar o preparo dos nutrientes dentro da dieta prescrita ao paciente, tais como tipo, volume e horário de administração; - acompanhar os mapas de dieta enteral, bem como as artesanais e ou industrializadas;

• Instituir rotinas para assepsia durante o preparo, manipulação e administração das dietas;

• Acompanhar a aceitação da dieta enteral por parte do paciente.

- Compete Comissão de Suporte Nutricional Parenteral:

• Analisar a prescrição parenteral, devendo acompanhar a administração, fazendo a supervisão;

• Acompanhar o preparo da fórmula prescrita, definindo a ordem de aditivação dos eletrólitos e o número de miliequivalentes dos oligoelementos que compõem a nutrição parenteral;

• Proceder, como rotina, o exame visual em negatoscópio das soluções preparadas;

• Providenciar o armazenamento das soluções em geladeiras próprias para acondicionamento;

• Prover meios para realização de testes metabólicos e de absorção no acompanhamento da evolução nutricional do paciente;

• Supervisionar a desinfecção das áreas de preparo de nutrição parenteral;

• Propor modificações das normas, rotinas e procedimentos pertinentes à nutrição parenteral.

Constituição Básica

A constituição da comissão contemplará no mínimo um profissional das categorias relacionadas: Médico Clínico, Pediatra, Gastrocirurgião, Nutricionista, Farmacêutico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo.

Poderão participar também outros profissionais da direção do **HUTRIN** e da Coordenação Executiva do **INSTITUTO GERIR.**

Regimento Interno

CAPITULO I: FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 1° - Deverão ocorrer reuniões periódicas; no mínimo mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 2° - O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído.

Artigo 3° - As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do presidente ou de seu vice. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 4° - As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada copia da ata para a Diretoria Clinica.

Paragrafo único: Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 5° - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos, sempre que necessário, que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente da comissão.

Artigo 6° - O mandato dos membros da comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável por igual período.

CAPÍTULO II: ATRIBUIÇÕES

Artigo 7° - São atribuições da **Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional**:

a) Assessorar o Serviço de Terapia Nutricional com a finalidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de insumos para a Terapia Nutricional;

S. E. S.
Fls. 1398
6
Rubrica

b) Aprovar a inclusão ou exclusão de insumos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo STN (Serviço de Terapia Nutricional) ou demais serviços ligados a assistência do paciente em TN (Terapia Nutricional), promovendo a atualização da padronização de condutas em Terapia Nutricional;

c) Avaliar os insumos de TN (Terapia Nutricional), emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar seu custo beneficio como mais um critério para sua padronização;

d) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;

e) Promover ações que estimulem o uso racional de insumos em TN;

f) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o STN;

g) Assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;

Artigo 8º - São atribuições do Presidente da Comissão:

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;

c) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;

d) Fazer cumprir o regimento.

Artigo 9º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Paragrafo único: São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

e) Organizar e manter o arquivo da comissão;

f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO III: DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 11º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma anual de atividades

Atividades	2014											
	Fase de Operacionalização											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag	Set	Out	Nov	Dez
Implantar um sistema de controle uso de dietas												
Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitem de Terapia Nutricional Enteral ou Parenteral (TN)												
Criar programas de educação continuada visando capacitar recursos humanos direta ou indiretamente envolvidas com a aplicação do procedimento.												
Estabelecer auditorias periódicas, a serem realizadas por um dos membros da Comissão, visando a verificação do cumprimento e do registro dos controles e avaliação da TN												
Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN.												
Possibilitar treinamento dos profissionais envolvidos; Coletar dados e criar indicadores que facilitem a avaliação do desempenho desse grupo; e atender exigências legais												
Reuniões de Planejamento e Definições de Metas												

4.1.2.14 Programa de Residências Médica e Multiprofissional

Descrição da Finalidade

A Residência Médica é um treinamento em sërviço, sob preceptoria, que qualifica em especialidades, após duração media de 02 anos, os profissionais médicos.

Público Alvo: Médicos e Profissionais de Saúde de Nível Superior.

O HUTRIN não possui Programa de Residências Médica e Multiprofissional no entanto, o Instituto GERIR propõe articulação com a SES-GO a fim de cumprir seu papel na formação de recursos humanos para atuação na área da Saúde.

O HUTRIN poderá servir como cenário de prática para os Programas de Residência desenvolvidos pela SES-GO.

Os Programas de Residência Médica - PRM são reconhecidos pelo Ministério da Educação-MEC, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

A Residência Multiprofissional e Médica poderá vir a ser desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO, funcionando o hospital como um cenário de práticas para as referidas Residências.

Os preceptores serão os médicos plantonistas da Unidade, preferencialmente Mestre/Doutor, ou especialista em sua área.

Os profissionais de assistência não realizarão preceptoria de estágio/residência concomitantemente ao horário de trabalho.

5. METAS E INDICADORES DE DESEMPENHO

Os compromissos de alcance e ou superação das metas de produção estabelecidas pela SESGO estão contempladas em várias partes da presente Proposta de Trabalho.

Durante os primeiros 30 dias de gestão no HUTRIN, Instituto GERIR vai desenvolver as seguintes atividades:

Iniciará as atividades de verificação dos recursos humanos existentes e as necessidades. Se for necessário contratar: recrutamento, seleção, capacitação de pessoal. Iniciará também e implantação de Sistemas Gerenciais de Controle. O período será utilizado também para:

- Reconhecer a unidade e organização das áreas, com desenho dos fluxos internos;
- Realizar o Planejamento Estratégico;
- Reorientar os fluxos dos resíduos dos serviços, dos alimentos, das roupas hospitalares, com os procedimentos de higiene hospitalar;
- Proceder à organização de Protocolos, Regimentos Internos, Normas de Condutas e demais ferramentas de gestão;
- Promover a Instalação das Comissões Técnicas;
- Desenvolver as atividades estratégicas para dotar a unidade de Suprimentos, definindo os procedimentos de abastecimento de insumos básicos para a assistência hospitalar, observando as fases de: especificação, quantificação, aquisição, conferência, armazenamento e distribuição;
- Formalizar os Manuais de Procedimentos Administrativos para a Recepção, Faturamento, SAME, Manutenção, Logística, Compras, Contabilidade, Setor de Recursos Humanos e Biblioteca, entre outros;
- Desenvolver e ativar Manuais de Procedimentos Assistenciais para as áreas de Medicina, Enfermagem, de Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Rouparia, Bloco Operatório, Ambulatório, Internamento, Emergência, e outros;
- Desenvolver materiais para Capacitação dos Recursos Humanos. O material elaborado vai ser objeto de treinamento das equipes correspondentes;

S. E. S.
Fls: 1400
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Programar a implantação e capacitação sobre Acolhimento com Classificação de Risco na emergência.

A Comissão de Qualidade será organizada e será uma assessoria para atividades de planejamento, programação, implantação e gestão de um Programa de Qualidade compatível com as necessidades da Instituição, com o objetivo de subsidiar o cumprimento de sua missão junto aos pacientes e a comunidade em geral.

Através da Unidade de Estatística Hospitalar que tem como finalidade a obtenção de dados de produção e utilização destes dados para elaboração das informações estatísticas da Instituição irá realizar:

- Recebimento, conferência e resumo do censo diário;
- Recebimento, controle e resumo, diário e mensal, dos dados estatísticos de consultas ambulatoriais, pequenas cirurgias, atendimentos de emergência, serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalizações;
- Apresentação de boletins diários, mensais, trimestrais, semestrais e anuais do movimento dos pacientes registrados no HUTRIN;
- Elaboração das estatísticas do movimento dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutico, de morbimortalidade e das cirurgias realizadas, tanto em pacientes ambulatoriais como em internados.
- Elaboração, interpretação e preparação de gráficos do movimento estatístico.

Apresentação

As estatísticas hospitalares são fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada pelas características de sensibilidade (medir as alterações desse fenômeno) e especificidade (medir somente o fenômeno analisado).

Metodologia

A metodologia para desenvolvimento dos Indicadores é baseado na seguinte estrutura:

Avaliação

• Identificar os conceitos em vigor;

• Identificar os casos de utilização de diferentes conceitos para uma mesma variável;

• Propor a adaptação de novos conceitos para novas áreas;

• Recorrer à colaboração de painel de consultores peritos externos.

A avaliação será feita semestralmente e obedecerá aos seguintes critérios:

• Análise dos resultados de metas estabelecidas

• Análise dos indicadores estabelecidos

• Análise de satisfação da clientela e dos indicadores de qualidade assistencial

• Análise dos relatórios e dos quadros da ouvidoria

• Monitoramento da Produção e Faturamento

• Além dos indicadores de desempenho descritos abaixo, serão aferidos a curto, médio e longo prazo, outros indicadores que serão mencionados.

O **Instituto GERIR** vai elaborar: **Ficha Técnica dos Indicadores**

• **Nome do indicador**

• **Conceituação:** Características que definem o indicador, a forma como ele se expressa, bem como sua delimitação em relação à forma, espaço e ao tempo.

• **Fórmula:** Utilizada para calcular o indicador e que define precisamente os elementos que a compõem.

• **Definição de termos utilizados no indicador:** Informações agregadas para compreensão do conteúdo dos termos que compõem o conceito, normalmente constante do glossário do sistema de coleta do dado.

• **Interpretação do indicador:** Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.

• **Usos:** Principais formas de utilização do indicador gerado, as quais devem ser consideradas para fins de análise.

• **Parâmetros, dados estatísticos e recomendações:** valores de referência locais, nacionais e/ou internacionais, disponíveis para análise comparativa da situação descrita pelo indicador e utilizada para definição da meta. Expressão da amplitude das variações aceitáveis de um indicador ou critério.

S.E.S. Fls: 1401 Rubrica COMISSÃO DE

• **Meta:** É o valor pretendido, em relação ao parâmetro, a ser alcançado em tempo definido no programa, levando-se em conta as diretrizes da ANS para o setor e a segmentação-assistencial de atuação da operadora. As metas dos indicadores da dimensão de Avaliação da Qualidade de Atenção à Saúde foram definidas principalmente com base nas metas recomendadas por organismos internacionais, identificados na literatura internacional, obtidas na base de dados da ANS ou do Sistema Único de Saúde (SUS). Os valores estabelecidos como metas poderão ser revistos e ajustados semestralmente no processo de avaliação da qualidade das operadoras, na perspectiva de se caminhar adequando as metas atuais para os níveis ideais.

• **Pontuação**

• **Periodicidade**

TCE 1410

• **Fonte**

• **Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador:** Ações de saúde em qualquer nível de atenção ou atividades afins cujo resultado pode proporcionar uma aproximação do resultado do indicador ao estabelecido como meta.

• **Limitações e vieses do indicador:** Fatores que restringem a interpretação do indicador, referente tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.

• **Referências**

Os indicadores em síntese são apresentados em ficha técnica específica contendo a conceituação, o método de cálculo, a definição dos termos, suas possíveis interpretações, usos, parâmetros dados estatísticos e recomendações existentes, meta, pontuação, fonte dos dados, ações esperadas para causar impacto positivo na situação analisada, limitações e vieses, bem como as referências que tratam do assunto.

5.1 Indicadores em Saúde

• Epidemiologia

• Indicadores

• Informações

• Administração

• Benchmarking

Os indicadores isoladamente não apresentam utilização. São apenas vários dados. O **Instituto GERIR** pretende que os indicadores sejam:

- organizados;
- atualizados;
- disponibilizados;
- utilizados e comparados.

O **Instituto GERIR** irá constituir: Uma base de dados / banco de dados Para a Avaliação Comparativa de indicadores irá trabalhar com:

Padronização

- fórmula igual
- coleta igual
- tratamento igual

Similaridade

- tamanho
- especialidade
- clientela

5.2 Indicadores e Parâmetros para o Estabelecimento de Metas

O **Instituto GERIR**, nos primeiros 30 dias da parceria, vai estabelecer como meta, valores próximos dos parâmetros já apresentados pela SES GO no edital.

Justificativa

- Necessidade de verificar se os parâmetros estabelecidos estão consistentes.
- Necessidade de comparações de resultados.
- Necessidade de base para planos de melhoria.

O HUTRIN deverá prestar atendimento de Urgência e Emergência, Atendimento Ambulatorial, Internação, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Atendimento Complementar em:

S.E.S.
Fls: 1402
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Atendimento de Urgência e Ambulatorial:

- Clínica Médica;
- Clínica Cirúrgica;
- Ginecologia;
- Urologia;
- Obstetrícia;
- Pediatria;
- Ortopedia.

TCE 1411

Urgência/Emergência

O Serviço de Urgência e Emergência funcionará ininterruptamente, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana.

Ambulatório

A atenção ambulatorial se refere ao conjunto das ações ofertadas e executadas em nível ambulatorial, de forma programada e ou referenciada, atendendo tanto pacientes externos, como pacientes egressos de internação hospitalar, quando necessário.

As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade do Hospital neste nível são:

- Acolhimento do Paciente e Familiares/Acompanhantes;
- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Manutenção, Atualização e Guarda do prontuário do Paciente.

O atendimento será realizado a pacientes egressos do HUTRIN, demanda espontânea e regulados pela Regulação Estadual/Municipal, para as especialidades previamente definidas.

O Instituto GERIR fomentará um processo de discussão para reorganizar a assistência ambulatorial, e serão disponibilizados procedimentos de enfermagem e ações do serviço social, fisioterapia e psicologia, orientações da área de nutrição e dietética e assistência farmacêutica. Ainda, pretende avançar na ampliação do atendimento para a área clínica e especialidades a serem definidas no planejamento estratégico.

Além das consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orientam pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições sempre cooperando com o corpo clinico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporciona-los assistência imediata. O ambulatório deve se articular com o Sistema Estadual de Saúde para estabelecimento da contra referência dos usuários. Os usuários devem retornar para os pontos de atenção da Atenção Primaria á Saúde, respeitando os seus territórios sanitários.

O Serviço Ambulatorial do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN,** terá seu funcionamento estabelecido de 2ª a 6ª feira, no horário das 7:00 às 19:00hs.

Incremento de leitos de Terapia Intensiva

Pela nova proposta assistencial elaborada para o HUTRIN, faz-se necessário a apresentação de um incremento de **10 leitos de UTI,** como suporte à área de urgência e emergência e a inserção do referido hospital na Rede de Urgência e Emergência do SUS estadual.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

No **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN** serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes, conforme a necessidade dos usuários atendidos na unidade.

Serão disponibilizados exames de **Análises Clínicas**, **Anatomia Patológica** e **Radiologia convencional**, sendo o **Laudo Técnico de Radiologia Convencional** realizado pela **Central Remota de Laudos**.

Atendimento Complementar

Também será oferecido atendimento complementar nas áreas:

- Enfermagem;
- Fisioterapia;
- Psicologia;
- Serviço Social;
- Nutrição;
- Farmácia.

S.E.S.
Fls: 1403
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1412

Serviço de Psicologia

A Psicologia é a ciência que se relaciona com o comportamento e os processos mentais (experiências subjetivas inferidas através do comportamento), e o homem é seu maior foco. A principal atuação da Psicologia da Saúde é justamente, na área na unidade buscando observar o indivíduo nos sistemas com quem interage.

O psicólogo contribui com a equipe multidisciplinar de saúde participando ativamente na tomada de decisões. Auxiliando na manutenção do modelo biopsicossocial em saúde.

O acompanhamento do paciente junto à equipe de psicologia tem início na chegada do paciente à unidade, para um melhor desenvolvimento da assistência.

O psicólogo, através de seu atendimento e de sua interação com o estado emocional do paciente e dos familiares, fornece informações essenciais para equipe multidisciplinar, influenciando em uma melhor assistência ao paciente.

Neste contexto o **Instituto de Gestão em Saúde GERIR** propõe a implantação/reestruturação do serviço de Psicologia no Hospital de Urgências de Trindade para que haja avanços na perspectiva da Atenção à saúde, no que concerne a qualificação do cuidado em saúde.

O Instituto GERIR, conforme já apresentado na presente Proposta Técnica e em conformidade com o Chamamento 003/2013, manterá atividades de **Aperfeiçoamento** e **Treinamento em Serviço** nas áreas assistenciais e de suporte técnico e administrativo, e em seu **Programa de Qualidade** abrange a **Humanização do Atendimento** e os **Protocolos Clínicos** e de **Internações.**

Assistência Hospitalar

O **Instituto GERIR** estabelecerá o Plano de Metas de Produção, e se compromete a realizar, no mínimo, 90% da meta estabelecida.

O indicador de aferição será a saída hospitalar, em conformidade com o **Chamamento Público Nº 003/2013**.

Serão mantidos em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais nas especialidades definidas após estudo.

Programa de Residência Médica e Multiprofissional

O HUTRIN não possui Programa de Residências Médica e Multiprofissional, no entanto, o Instituto GERIR propõe articulação com a SES-GO a fim de cumprir seu papel na formação de recursos humanos para atuação na área da Saúde.

O HUTRIN poderá servir como cenário de prática para os Programas de Residência desenvolvidos pela SES-GO.

Os Programas de Residência Médica - PRM são reconhecidos pelo Ministério da Educação-MEC, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

A Residência Multiprofissional e Médica poderá vir a ser desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO, funcionando o hospital como um cenário de práticas para as referidas Residências.

Os preceptores serão os médicos plantonistas da Unidade, preferencialmente Mestre/Doutor, ou especialista em sua área.

Os profissionais de assistência não realizarão preceptoria de estágio/residência concomitantemente ao horário de trabalho.

5.3 Plano de Metas de Produção

Indicadores Quantitativos

LEITOS	CAPACIDADE INSTALADA	LEITOS/DIA	META MÍNIMA	PROPOSTA
Observação	8	240	216	5% de Incremento
Internação Clínica Médica	15	450	51	5% de Incremento
Internação Clínica Cirúrgica	16	480	72	5% de Incremento
Internação Clínica Obstétrica	7	210	47	5% de Incremento
Internação Clínica Pediátrica	5	150	13	5% de Incremento
Internação UCI	8	240	36	5% de Incremento

S.E.S. Fls: 1404 Rubrica DEPTO DE LICITAÇÃO

INDICADOR	QUANTIDADE/MÊS
Atendimento Pronto Socorro	3.648
Urgências e Emergências	
Atendimento Ambulatorial	4.800
Consultas espontâneas e referenciadas	
Retorno casos clínicos e cirúrgicos internados	1.200
Procedimentos	250
Procedimentos Cirúrgicos	
Atos Não Médicos	13.190
Atos Multidisciplinares	
SADT	3.675
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	

Obs.: O retorno será composto por 25% do total de consultas mensais.

Proposta: Incremento de 10% na produção.

Indicadores de Qualidade

Media de permanência	META	PROPOSTA
Observação	1 dia	Redução proporcional ao aumento proposto à produção de leitos
Internação Clinica Médica	8 dias	
Internação Clinica Cirúrgica	6 dias	
Internação Clinica Obstétrica	4 dias	
Internação Clinica Pediátrica	10 dias	
Internação UCI	6 dias	
Taxa de Ocupação Hospitalar	90%	≥90%
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar	≤ 9,5%	Cálculo do Indicador por setor baseado em parâmetros reais
Taxa de Mortalidade Institucional	≤ 8,5%	Redução em 25%

Em consonância com a proposta para incremento na produção de leitos, o **Instituto GERIR** propõe redução na média de permanência, a fim de se aumentar a rotatividade e alcançar o aumento desejado.

O **Instituto GERIR** acredita que o monitoramento dos indicadores relacionados às IH fornece indícios das práticas assistenciais e, ainda, constitui ferramenta fundamental ao planejamento, implementação e elaboração de estratégias que visem à melhoria da qualidade da assistência.

Ressalta-se que a vigilância global não será realizada no HUTRIN, pois desde o final da década de 90 não é mais sistematicamente recomendada por diversas entidades. As taxas obtidas por esse método são ineficientes, pois não consideram a gravidade dos pacientes e nem a complexidade dos procedimentos invasivos realizados.

Nesse espeque, a CCH/HUTRIN trabalhará com a Vigilância por setores e por objetivos, considerando a criticidade de cada setor e a complexidade dos procedimentos realizados.

O Instituto GERIR propõe a organização/reestruturação da CCIH do HUTRIN, e o levantamento dos parâmetros de **Densidade de Infecção Hospitalar por setores e por objetivos**, a fim de se estabelecer as metas reais de redução desse agravo.

TCE 1414

S.E.S
Fls. 1405
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

PROPOSTA TÉCNICA
VOLUME III

TÍTULO:

PROPOSTA TÉCNICA PARA O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE WALDA FERREIRA DOS SANTOS - HUTRIN,** CONFORME **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº003/2013.**

GERIR
Instituto de Gestão em Saúde

GERIR

ÍNDICE

VOLUME III

TCE 1415

S. E. S. Fls: 1406 6 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

6. APRESENTAÇÃO DA PARTE TÉCNICA 05

6.1 Estrutura Diretiva do Hospital 05
6.1.1 Organograma 05
6.1.2 Regulamento Hospitalar 07
6.1.2.1 Descrição do Perfil Técnico para Nomeação dos Membros da Estrutura Organizacional Proposta: ATÉ 2º NÍVEL 26

6.2 Protocolos Clínicos 29
6.2.1 Proposta de Implantação de Protocolo de Cirurgia Segura / OMS 29
6.2.2 Protocolo de Tratamento Primário das Fraturas 33
6.2.3 Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Cranioencefálico Leve 51
6.2.4 Cuidados com o Paciente em Morte Encefálica ou Suspeita de Morte Encefálica 67
6.2.5 Protocolo de Atendimento: Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora 83
6.2.6 Protocolos de Enfermagem 101
6.2.7 Descrição das Rotinas Gerenciais da Administração Geral 225

6.3 Manutenção Predial 228

6.4 Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares 264

6.5 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações 269
6.5.1 Regulamento Institucional de Compras, Contratação de Obras e Serviços 279
6.5.2 Rotinas e Procedimentos: Compras de Materiais e Medicamentos 288

6.6 Política de Recursos Humanos 290
6.6.1 Regulamento de Contratação de Pessoal 290
6.6.2 Fluxo de Admissão RH 293
6.6.3 Fluxo de Seleção de RH 294
6.6.4 Manual dos Novos Colaboradores 295
6.6.5 Condutas de Estímulo e Controle com o Colaborador 299
6.6.6 Educação Permanente e Formação em Serviço 303
6.6.7 Dimensionamento e Organização da Força de Trabalho 316
6.6.7.1 Quadro com Especificação de Pessoal para Unidades Assistenciais e de Apoio Assistencial 317
6.6.7.2 Quadro com Especificação de Pessoal para área Administrativa e Unidades de Apoio Técnico 318
6.6.7.3 Quadro Resumo do Dimensionamento e Distribuição da Força de Trabalho segundo Regime de Trabalho, Carga Horária Semanal 319

6.7 Ciência e Tecnologia 322

6.8 Descrição do Modelo de Gestão de Materiais e Patrimônio 323

S.E.S
Fls: 1407
6
Rubrica
COMISSÃO DE

6. APRESENTAÇÃO DA PARTE TÉCNICA

TCE 1416

6.1 Estrutura Diretiva do Hospital

A Proposta para Estrutura Diretiva do Hospital de Urgências de Trindade - HUTRIN:

I – Diretoria Geral;

II – Diretoria Técnica de Saúde: médico;

III - Diretoria Administrativa e Financeira;

IV - Gerência de Enfermagem;

V - Seções de Unidades, Serviços e Clínicas.

A Diretoria Geral tem em sua linha de subordinação a Diretoria Técnica de Saúde e a Diretoria Administrativa/Financeira e a Gerencia de Enfermagem.

A Diretoria Geral tem em sua composição a Seção de Apoio Operacional, a Seção de Acompanhamento das Comissões e a Seção de Ensino.

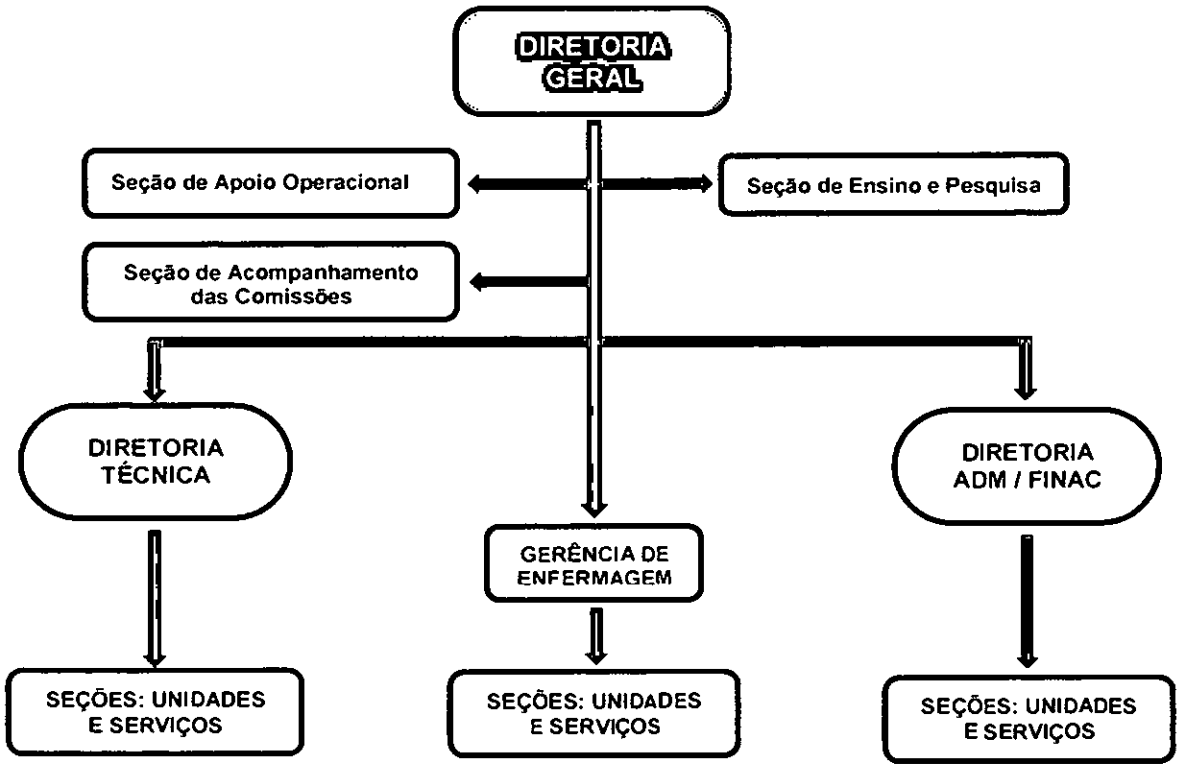
A Diretoria Técnica de Saúde vai ser exercida por um médico. Apresenta em sua composição as Seções das áreas médicas; das áreas de Assistência Farmacêutica; de Nutrição e Dietética; do SAME e do apoio diagnóstico, e os serviços e ações das áreas multiprofissionais Os serviços das áreas multiprofissionais com estrutura funcional de Seções.

A Diretoria Administrativa e Financeira tem em sua composição a estrutura funcional de Seções nas ações e serviços administrativos e financeiros.

Está sendo apresentado o Regulamento do HUTRIN, que descreve as competências e as atribuições das áreas.

6.1.1 ORGANOGRAMA

ORGANOGRAMA ATÉ 3º NÍVEL



S. E. S.
Fls: 1408
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

6.1.2 Regulamento Hospitalar

REGULAMENTO DO Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN.

TCE 1417

Reorganiza o Hospital de Urgências de Trindade - HUTRIN", do Sistema Estadual de Saúde de Goiás, e dá providências correlatas.

O Diretor Geral do **Hospital de Urgências de Trindade - HUTRIN**, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de buscar a otimização da qualidade dos serviços, oferecendo maior humanização e conforto no atendimento ao usuário e estabelecendo melhor definição da responsabilidade sobre o resultado final reorganiza a instituição hospitalar nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Artigo 1º - O **Hospital de Urgências de Trindade - HUTRIN** fica reorganizado nos termos deste Regulamento.

Parágrafo único: O **Hospital de Urgências de Trindade - HUTRIN** doravante também denominado simplesmente por **HUTRIN reger-se-á** pelo presente Regulamento, seus Regimentos e Normas Internas e pelas Legislações Federal, Estadual e Municipal.

Artigo 2º - O **HUTRIN** tem por **Missão** prestar atendimento em urgências e emergências com qualidade, resolutividade e agilidade, buscando restaurar a saúde física, mental e social do usuário.

Artigo 3º - O **HUTRIN** tem por **Visão** ser um hospital de referencia nacional em atendimento às urgências e emergência, comprometido com a humanização e a qualidade dos serviços prestados, buscando sempre a total satisfação dos clientes internos e externos.

Artigo 4º - O **HUTRIN** é uma unidade assistencial com atividades de Ensino e Pesquisa, de Baixa e Média Complexidade, com demanda espontânea e referenciada, especializado em Urgência/Emergência, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Urologia, sendo referência para o município de Trindade e municípios circunvizinhos de Palmeiras, Campestre, Santa Bárbara, com funcionamento da Emergência de 24 horas, sete dias da semana, ininterruptamente.

Artigo 5º - O **HUTRIN** tem por finalidades:

I - integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS como parte do sistema de referência e contra referência no plano de atenção secundária, oferecendo retaguarda ao atendimento primário e estabelecer-se como porta de entrada da Rede de Urgência no Sistema Estadual de Saúde de Goiás nas áreas referidas no Artigo 4º.

II - colaborar com as autoridades sanitárias e epidemiológicas, contribuindo na atenção à saúde e na promoção da saúde;

III - servir de campo de ensino, treinamento, aperfeiçoamento e pesquisa para estudantes e profissionais atuantes nas áreas hospitalar e de saúde pública e em outras atividades ligadas à saúde.

IV - proporcionar meios para a reabilitação física e social dos seus usuários.

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA

Artigo 6º - O **HUTRIN** tem em sua estrutura:

I – Diretoria Geral;

II – Diretoria Técnica de Saúde;

III - Diretoria Administrativa e Financeira;

IV - Gerência de Enfermagem;

V – Seção de Unidades, Serviços e Clínicas.

Parágrafo 1º: A Diretoria Técnica tem que ser exercida por um Diretor Médico.

Artigo 7º As Comissões Técnicas e o Comitê de Qualidade do **HUTRIN**:

I – Comitê de Qualidade

II - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

III - Comissão de Ética Médica e de Enfermagem e Multidisciplinas;

IV - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

V - Comissão de Verificação de Óbitos;

VI - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e SESMT;

VII - Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;

VIII - Comissão de Gerenciamento de Riscos;

IX - Comitê Transfusional;

X - Comissão de Farmácia e Terapêutica;

XI - Comissão de Gerenciamento de Resíduos;

XII - Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional.

S. E. S.
Fls: 1409
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Artigo 8º A Diretoria Geral tem em sua linha de subordinação a Diretoria Técnica de Saúde, a Diretoria Administrativa e Financeira e Gerência de Enfermagem.

Parágrafo 1º: A Diretoria Geral tem em sua composição a Seção de Apoio Operacional, a Seção de Acompanhamento das Comissões e a Seção de Ensino.

Parágrafo 2º: A Diretoria Geral é responsável e estabelece a Comunicação e a integração com o Instituto de Gestão em Saúde – GERIR.

Parágrafo 3º: A Diretoria Geral compartilha a implantação do Modelo Gerencial, da Direção Colegiada e do Conselho Gestor com o Instituto de Gestão em Saúde – GERIR.

Artigo 9º A Diretoria Técnica de Saúde, que tem que ser exercida por um médico.

Parágrafo Único – As áreas médicas, de Assistência Farmacêutica; de Nutrição e Dietética e do SAME estão na responsabilidade e estrutura da Diretoria Técnica. Os serviços e ações das áreas multiprofissionais estão na responsabilidade e estrutura da Diretoria de Atenção à Saúde.

CAPÍTULO III
DO PATRIMÔNIO

Artigo 10º O Patrimônio do **HUTRIN** está constituído de bens móveis e imóveis (instalações, equipamentos, Instrumental, utensílios).

CAPÍTULO IV
DO PESSOAL

Artigo 11º O quadro de pessoal do **HUTRIN** é constituído de profissionais das áreas técnicas e administrativas. A admissão do servidor deverá obedecer ao regime jurídico vigente.

CAPÍTULO V
DA CONCEITUAÇÃO

Artigo 12º Para efeito deste Regulamento considera-se:

1. **Competência** – capacidade ou dever de agir ou decidir de uma autoridade;
2. **Atribuições** – deveres, obrigações e responsabilidades inerentes ao exercício do cargo ou função;

3. **Dever** – obrigação a que um servidor está sujeito, tanto aos trabalhos a executar, quanto aos demais aspectos das relações de trabalho;
4. **Responsabilidade** – obrigação de um servidor de responder pelos próprios atos, ou por atos de subordinação, com relação a um aspecto de qualquer trabalho.

CAPÍTULO VI
DAS COMPETÊNCIAS
Artigo 13º Da Diretoria Geral
Ao Diretor Geral compete:

I. Dirigir e administrar o hospital em consonância com as normas contidas neste Regulamento e as determinadas pelas legislações federal e estadual Saúde;

II. Autorizar a execução de serviços;

III. Aplicar o Regulamento e o Regimento Interno do hospital;

IV. Autorizar a Diretoria Administrativa a praticar atos relativos a bens patrimoniais e outras correlatas;

V. Tomar as providências de caráter urgente, motivados por fatos imprevistos;

VI. Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência, em conformidade com o disposto no Estatuto da SES/GO;

VII. Baixar portarias e instruções de serviços para as diversas unidades do hospital;

VIII. Traçar normas técnico-administrativas do hospital e submetê-las à apreciação da SES/GO;

IX. Prestar contas quando solicitado de sua gestão à SES/GO;

X. Zelar pelo cumprimento das metas pactuadas;

XI. Zelar para que todos os funcionários trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica preservada

XII. Tratar de quaisquer outros assuntos de interesse do hospital, dentro de sua competência, por ofício ou solicitação da SES/GO, inclusive os casos omissos neste Regulamento.

Parágrafo Único – O Diretor Geral contará com o apoio operacional que terá como principais atribuições atividades referentes ao Protocolo de correspondência, à Telefonia e Comunicações além das de suporte administrativos inerentes à função.

S. E. S. Fls: 1410 Rubrica COMISSÃO

Artigo 14º Da Diretoria Técnica de Saúde TCE 1419

Ao Diretor Técnico de Saúde compete:

I. Formular, incrementar, controlar e a avaliar, no hospital, as ações e serviços de saúde, observando as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal;

II. Coordenar da execução das ações assistenciais, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de apoio diagnóstico, de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação;

III. Normatizar e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;

IV. Exercer o poder disciplinar com referência aos integrantes do Corpo Clínico, respeitando-se as normas vigentes para as respectivas categorias funcionais;

V. Supervisionar e controlar todas as atividades técnicas;

VI. Supervisionar e controlar as atividades de cada clinica existente no **HUTRIN;**

VII. Supervisionar e orientar os serviços médicos executados no **HUTRIN;**

VIII. Supervisionar e orientar os serviços de análises clínicas no **HUTRIN;**

IX. Supervisionar e orientar os serviços de diagnósticos por imagem;

X. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais, visando o bem-estar e a saúde da população usuária (Resolução CFM n° 1354);

XI. Participar técnico-científico da formulação da política de equipamentos, imunobiológicos, outros insumos, sangue e seus derivados, adequada ao hospital;

XII. Estabelecer os critérios, parâmetros e métodos para a realização de auditorias permanentes, para o controle de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos no hospital;

XIII. Supervisionar os serviços que compõem a Diretoria Técnica de Saúde, executando e fazendo executar as normas deste Regulamento;

XIV. Assistir e Supervisionar os serviços e ações da Assistência Farmacêutica e da Nutrição e Dietética;

XV. Promover reuniões periódicas com os profissionais que compõem a estrutura da Diretoria Técnica de Saúde;

XVI. Analisar e decidir, juntamente com o Diretor Geral, Diretor Administrativo/Financeiro e áreas do hospital a aquisição de materiais técnicos administrativos e medicamentos;

XVII. Apresentar ao Diretor Geral, relatório das atividades dos serviços a seu cargo, bem como, dados que lhe forem solicitados;

XVIII. Substituir o Diretor Geral em seus impedimentos legais;

XIX. Assumir a responsabilidade do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

XX. Supervisionar e orientar os serviços da Agência Transfusional;

XXI. Supervisionar os serviços e ações executados pelas áreas Multiprofissionais;

XXII. Zelar pelo fiel cumprimento da legislação aplicável ao hospital, dentro da esfera de sua competência e elaborar Regimento Interno da Diretoria.

Artigo 15º Da Diretoria Administrativa e Financeira

À Diretoria Administrativa e Financeira compete:

I. Planejar, organizar e executar as atividades administrativas, bem como assegurar o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com as demais Diretorias;

II. Assistir ao Diretor Geral em assuntos administrativos relacionados com os objetivos do Hospital em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa; implantar e manter um sistema de informação sintonizado com todas as unidades que compõe a estrutura básica do Hospital, visando à utilização de meios que racionalizem o trabalho e reduzam custos;

III. Planejar, organizar e implantar o fluxograma das atividades administrativas para melhor distribuição das tarefas na sua área de atuação;

IV. Assumir as responsabilidades das áreas TI, Recursos Humanos, Departamento de Pessoal Comunicação Social, Manutenção, Almoxarifado, Patrimônio, Serviços de Apoio, Serviços Gerais e Contas Médicas;

V. Planejar e desenvolver estratégias de RH, incluindo políticas de recrutamento e seleção, disciplina, aconselhamento, pagamentos e contratos, planejamento de treinamento, motivação, cultura, avaliação de desempenho, qualidade e outros itens;

S.E.S. Fls: 1411

VI. Fiscalizar as atividades de informatização dos processos e sistemas do Hospital, visando assegurar a disponibilidade de sistemas computadorizados tecnologicamente atualizados e que atendam as necessidades de todas as áreas;

VII. Assumir a responsabilidade da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT);

VIII. Fiscalizar tudo a que se refere a serviços gerais, bem como as empresas terceirizadas, conservação predial entre outras atividades afim;

IX. Fiscalizar os processos realizados pelo almoxarifado;

X. Planejar a aplicação dos recursos financeiros estabelecendo mecanismos que permitam rigoroso controle contábil, elaborando as devidas prestações de contas que deverão ser atestadas pelo Diretor Geral do Hospital;

XI. Supervisionar Guias de Atendimento Ambulatorial – GTA e Autorização de Internação Hospitalar – AIH, conferir e, em tempo hábil;

XII. Prever e assegurar o apoio logístico a todos os setores do hospital, zelando pelo seu patrimônio e pela utilização racional dos recursos disponíveis;

XIII. Convocar e/ou participar das reuniões técnicas, transmitindo os resultados no que couber aos integrantes de sua equipe;

XIV. Zelar pelo fiel cumprimento da legislação aplicável ao hospital, dentro da esfera de sua competência e elaborar Regimento Interno da Diretoria;

XV. Realizar outras atividades correlatadas.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 16º Da Diretoria Geral

Ao Diretor Geral atribuem-se:

I. Dirigir e administrar o patrimônio do hospital;

II. Elaborar os planos de trabalho e orçamentação anual, submetendo-os à apresentação do Instituto GERIR;

III. Presidir as reuniões da Diretoria e solicitar reuniões extraordinárias;

IV. Examinar e aprovar relatórios e demonstração de contas que forem encaminhadas à Diretoria Geral;

V. Abrir, rubricar e encerrar livros do hospital;

VI. Assegurar a participação comunitária através de seus segmentos organizados.

Artigo 17º. À Chefia da Seção de Apoio Operacional atribui-se :

I. Supervisionar, coordenar, elaborar e executar as atividades administrativas das Diretorias;

II. Analisar, quando determinado, qualquer matéria levada a exame e decisão das Diretorias;

III. Preparar relatório específico quando solicitado pela autoridade superior;

IV. Elaborar e proceder à revisão final das minutas de portarias, atos normativos, resoluções, regulamentos, atas, relatórios e instruções;

V. coordenar e orientar e encaminhar as correspondências (ofícios, comunicações internas, circulares, despachos e etc.) da Diretoria Geral e das demais Diretorias;

VI. Promover os exames prévios dos processos e demais expedientes submetidos a despacho ou assinatura das diretorias;

VII. Elaborar, supervisionar e encaminhar os serviços de digitação, e-mail, fax e demais expedientes das Diretorias;

VIII. Exercer, no que couber, a atribuição comum às secretárias das Diretorias;

IX. Organizar e manter em ordem todo o sistema de arquivo das correspondências recebidas e expedidas das Diretorias organizar, manter atualizada e utilizar adequadamente uma "agenda" referente aos compromissos das diretorias, bem como ter agenda dos telefones úteis referentes a todos os fatos, datas e nomes relacionados com as atividades funcionais e afins do hospital;

X. Elaborar mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades atos e procedimentos realizados no setor, encaminhando-os à chefia, imediata para apreciação;

XI. Elaborar escala de férias, de servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

XII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas vigentes emanadas superiores;

XIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

S. E. S.
Fls: 1412
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1421

Artigo 18º. À Chefia da Seção de Acompanhamento das Comissões atribui-se:

I. Acompanhar as reuniões das Comissões Técnicas;

II. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros inerentes às Comissões;

III. Elaborar mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados no setor, encaminhando-os as Comissões para apreciação;

IV. Sugerir a participação de profissionais do hospital ou externos nas reuniões das Comissões quando da pertinência e necessidade do tema;

V. Promover a articulação e integração das diversas áreas do hospital, a Gestão Estadual e Municipal de Saúde, o Controle Social com as Comissões;

VI. Elaborar e implantar, em conjunto com as Comissões, sistemas de acompanhamento e controle das atividades desenvolvidas;

VII. Atuar como apoio da Direção Geral nas ações de Atendimento ao Cliente:

a) atuar nos programas em curso na avaliação do atendimento oferecido;

b) manter organizados os arquivos com informações referentes à qualidade e à satisfação do cidadão usuário dos serviços oferecidos, para subsidiar a orientação do planejamento das atividades do **HUTRIN**;

c) efetuar controle mensal e semestral dos serviços de atendimento realizados pela Ouvidoria;

d) manter contato com os usuários em casos de queixas, sugestões e elogios, fornecendo-lhes respostas prontamente;

e) orientar o público, buscando minimizar suas dificuldades ao procurar os serviços ofertados pelo **HUTRIN**;

VIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 19º. À Chefia da Seção de Ensino atribui-se:

I. Colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza; colaborar com as Instituições de Ensino e outras que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;

II. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios e seminários, aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

III. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros inerentes à especialidade;

IV. Aplicar normas de biossegurança;

V. Participar da Comissão de Ética em Pesquisa;

VI. Articular e participar das reuniões das Comissões com prioridade a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem e a Comissões de Educação Permanente;

VII. Participar do desenvolvimento de programas e projetos;

VIII. Elaborar sob a orientação das Diretorias, normas para trabalhos técnicos científicos, relacionados ao hospital;

IX. Adequar e promover condições para maior desenvolvimento técnico científico dos profissionais da Instituição, residentes, estagiários e demais interessados na área de saúde;

X. Difundir informações apropriadas, que sirvam de apoio ao estudo/ensino e à pesquisa;

XI. Executar outras atividades afins;

XII. Elaborar normas e regulamentos pertinentes aos serviços oferecidos e/ou executados pela área da Biblioteca;

XIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 20º Da Diretoria Técnica de Saúde

Ao Diretor Técnico de Saúde atribui-se:

I. Avaliar os atendimentos prestados aos usuários, detectando as falhas e propondo a organização e/ou reorganização dos serviços;

II. Opinar sobre a necessidade de ampliação do potencial do hospital, conforme a implantação dos programas de saúde, visando à melhoria da assistência prestada;

III. Observar o cumprimento das determinações hierárquico superiores, bem como normas técnicas e princípios básicos, para a execução das atividades e elaborar juntamente com o Departamento Médico o Regimento Interno do Corpo Clínico.

IV. Participar junto aos setores competentes, na elaboração de rotinas específicas da área, objetivando a modernização e a agilidade do processo operacional do hospital;

S. E. S.
Fls. 1413
Rubrica

V. promover reuniões periódicas com a equipe técnica multiprofissional, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das atividades, bem como para repassar as informações técnico-científicas e/ou mudanças de propostas;

VI. Assegurar ao paciente assistência integral, utilizando os mecanismos de referência e contra referência preconizada pelo SUS, quando necessário;

VII. Opinar sobre a inclusão, substituição e/ou exclusão de medicamentos da listagem padronizada, transmitindo essa informação aos demais setores;

VIII. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

IX. Elaborar mensalmente ou quando solicitado relatório de atividades, atos e procedimentos médicos realizados no setor, encaminhando-os à chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;

X. Avaliar a eficiência da equipe técnica, observando-se vários aspectos e, principalmente, os preceitos éticos; assessorar o Diretor Geral na resolução dos problemas de ética profissional; emitir pareceres em processos e demais assuntos pertinentes à área técnica;

XIII. Incentivar e apoiar as atividades de pesquisas científicas realizadas no hospital, assegurando o apoio necessário;

XIV. Justificar faltas e autorizar o gozo de férias regulamentares dos servidores lotados na sua área de competência;

XV. Participar na elaboração da programação e hospital juntamente com as Diretorias;

XVI. Indicar oficialmente ao Diretor Geral o substituto interino, quando de seus impedimentos legais;

XVII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas e instruções advindas de níveis hierárquicos superiores;

XVIII. Aplicar normas de biossegurança;

XIX. Realizar outras atividades afins;

XX. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Paragrafo 1º: Por meio das Áreas Médicas atribui-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Assegurar a manutenção; preventiva e corretiva dos equipamentos, aparelhos, instrumental e outros materiais, sob sua responsabilidade;

III. Informar processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, medidas cabíveis conforme apurado;

IV. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

V. incentivar a iniciativa entre os profissionais que atuam na sua área de competência promovendo a integração intra e intersetorial;

VI. Assegurar o cumprimento das normas e rotinas, instruídas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

VII. Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência;

VIII. Assegurar o funcionamento adequado das Áreas de Clinica Médica, Ambulatório; Clínica Cirúrgica; Urgência e Emergência, UCI;

XIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Parágrafo 2º: Por meio da área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico atribui-se:

I – Prestar serviços nas áreas de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos e de Patologia Clínica e Hemoterapia;

II – Prestar assistência de Nutrição e Dietética e Assistência Farmacêutica.

Parágrafo 3º: Por meio da Área de Assistência Farmacêutica atribui-se:

I - Prestar serviços de produção, armazenamento e distribuição de medicamentos e produtos afins;

II - Controlar a qualidade dos medicamentos e produtos afins utilizados pelos pacientes;

III- Manter, conforme modelos oficiais, o registro de:

1. drogas, entorpecentes, medicamentos e insumos capazes de criar dependência física ou psíquica;

2. equipamentos sujeitos ao controle sanitário especial;

S. E. S.
Fls: 1414
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

IV- Estocar, armazenar e, conforme solicitação prescrita aos pacientes internos e externos ao **HUTRIN**, distribuir medicamentos e doses;

V- Iniciar o processo de compra de medicamentos e, buscando zelar por sua qualidade, participar de procedimentos licitatórios, acompanhando e controlando as aquisições.

Parágrafo 4º Por meio da Área do Serviço Arquivos e Prontuários Médicos e Estatística atribui-se:

I – Administrar, planejar, programar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades inerentes a seu encargo, observando normas e diretrizes pertinentes;

II – Administrar os processos e procedimentos em relação aos prontuários médicos dos pacientes do HUTRIN,

II – Arquivar os Prontuários Médicos e demais documentos relacionados com a assistência prestada aos pacientes, no SAME do **HUTRIN**, que adotará o sistema unitário, integrado e centralizado;

IV- Receber os dados e elaborar as estatísticas pertinentes no HUTRIN.

Parágrafo 5º Por meio da Área do Serviço de Nutrição e Dietética atribui-se:

I - Executar todas as atividades dieto-alimentares do Hospital;

II - Preparar, distribuir e controlar toda a alimentação destinada aos pacientes e funcionários;

III - Organizar, preparar, distribuir, controlar as dietas especiais conforme indicação médica;

IV - Colaborar na execução dos programas de ensino e de educação sanitária;

V - Atender as normas de Vigilância Sanitária e de outros órgãos de fiscalização;

VI - Requisitar, receber, conservar e controlar os gêneros e materiais necessários para o pleno desenvolvimento dos trabalhos;

VII - Apresentar mensalmente a estatística de produção e outros informes gerenciais da seção;

VIII - Elaborar e manter atualizado o regulamento da Seção.

Parágrafo 6º Por meio das Áreas Multiprofissionais atribui-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar coletivamente, com os profissionais das áreas de Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia, atividades inerentes a estas áreas de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Assegurar a manutenção; preventiva e corretiva dos equipamentos, aparelhos, instrumental e outros materiais, sob sua responsabilidade;

III. Informar processos administrativos e apurar irregularidades, adotando, nos limites de sua competência, medidas cabíveis conforme apurado;

IV. Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;

V. incentivar a iniciativa entre os profissionais que atuam na sua área de competência promovendo a integração intra e intersetorial;

VI. Assegurar o cumprimento das normas e rotinas, instruídas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

VII. Exercer o poder disciplinar no limite de sua competência;

VIII. Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 21º A Gerência de Enfermagem atribui-se:

I- Assegurar através de supervisão das seções o funcionamento adequado e a assistência de enfermagem da Clinica Médica, Ambulatório; Clínica Cirúrgica; Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico; Central de Material e Esterilização e Pronto Atendimento;

II – Elaborar o Regimento Interno da Enfermagem.

II - Cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Artigo 22º Da Diretoria Administrativa e Financeira

Ao Diretor Administrativo e Financeiro atribui-se:

I. Planejar, programar, coordenar e avaliar coletivamente, com as áreas administrativas atividades inerentes a estas áreas de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Elaborar, mensalmente, mapas demonstrativos dos custos, de Receita, Despesas e Resultados;

S. E. S.
Fls: 1415
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

III. Assegurar o desempenho das áreas administrativas:

a) Recursos Humanos

b) Manutenção

TCE 1424

c) Tecnologia de Informação

d) Almoxarifado e Patrimônio;

e) Segurança e Apoio;

f) Recepção;

g) Serviços Gerais;

h) Transporte

g) Compras

Parágrafo 1º Por meio da Área de Recursos Humanos atribui-se:

PESSOAL:

a) Coordenar a elaboração da folha de pagamento e correspondentes emissões das guias de pagamentos de impostos e encargos, visando o correto cumprimento dessas obrigações.

b) Manter controles de todos os valores a serem descontados em folha de pagamento, visando à correta quitação desses débitos.

c) Assessorar a área jurídica nas defesas em processos trabalhistas, multas do Ministério do Trabalho, atuando como ou indicando o representante do hospital, visando a melhor solução das pendências, tanto no aspecto estratégico quanto financeiro.

d) Analisar e controlar contratos e convênios, visando ao cumprimento dos mesmos bem como a identificação de necessidade de modificações e ou implantação de novos benefícios sociais.

e) Supervisionar a preparação e entrega de todas as informações acessórias exigidas pelos diversos órgãos governamentais (Ministério do Trabalho, INSS, MEC, SESI etc.), visando ao cumprimento de exigências legais.

f) Orientar todos os setores da instituição quanto à aplicação da legislação trabalhista e previdenciária, repassando as modificações ocorridas, visando ao seu adequado cumprimento.

g) Atender os colaboradores em questões relacionadas com normas e procedimentos da empresa, dando a orientação ou solução devidas.

h) Atender a fiscalização trabalhista e previdenciária, fornecendo as informações e documentos solicitados.

i) Controlar plano de benefícios sociais oferecidos pelo hospital e fazer as inclusões e exclusões de beneficiários, visando a garantir sua operacionalização e os descontos em folha de pagamento.

j) Controlar os índices de absenteísmo, analisando e avaliando cada situação, em conjunto com as demais áreas.

l) Coordenar a preparação e entrega das obrigações acessórias junto a órgãos oficiais e o Ministério do Trabalho.

m) Atuar como preposto da empresa junto à justiça do trabalho nos casos de reclamações trabalhistas;

n) Zelar para que todas as obrigações trabalhistas sejam cumpridas pontualmente;

o) Cumprir o regulamento de contratação de pessoal em vigor.

DESENVOLVIMENTO:

a) Planejar e supervisionar todas as atividades desenvolvidas pelas áreas de seleção, treinamento, cargos e salários, serviço social, segurança e medicina do trabalho, visando a assegurar que o hospital tenha condições de atrair, reter, motivar e desenvolver os profissionais do calibre necessário à consecução dos seus objetivos.

b) Coordenar e implementar programas de treinamento e desenvolvimento gerencial e operacional, visando a assegurar o constante aprimoramento do desempenho e motivação do capital humano, bem como garantir o desenvolvimento de potencial para os processos de sucessão nos diversos cargos chaves.

c) Coordenar as atividades de medicina e segurança no trabalho, visando reduzir e eliminar as condições inseguras ou de riscos à integridade física e saúde dos funcionários.

d) Participar na concepção e desenvolvimento de novos projetos ou ações, envolvendo o elemento humano, tais como comunicações, mediação de conflitos, monitoração do clima organizacional etc.

e) Conduzir os processos de negociação coletiva junto a entidades sindicais, em conjunto com a área jurídica, para celebração de acordos coletivos de trabalho.

S. E. S.
Fls: 1416
Rubrica

f) Manter controles e relatórios analíticos sobre a evolução do quadro e custos de pessoal, bem como de rotatividade de pessoal e outras ocorrências relevantes.

g) Acompanhar a legislação trabalhista e assegurar sua correta aplicação, visando contribuir para minimização do contencioso jurídico-trabalhista.

h) Cumprir o regulamento de contratação de pessoal em vigor.

Parágrafo 2º Por meio da Área de Manutenção atribui-se:

a) a conservação em boas condições de uso das instalações prediais, elétricas, de gases medicinais, de vapor e de todos os equipamentos que compõem a infraestrutura do Hospital.

Parágrafo 3º Por meio da Área de Tecnologia de Informação atribui-se:

a) manter controle operacional de todos os equipamentos de informática instalados nos diversos setores do Hospital;

b) oferecer suporte a todos os usuários de todos os aplicativos instalados no Hospital;

c) administrar a rede do Hospital para obter pleno funcionamento;

d) controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais;

e) realizar back-up diário das informações com guarda interna e externa das informações;

f) controlar e implantar pontos de rede;

g) manter-se atualizado para que possa inovar constantemente os serviços;

h) elaborar e manter atualizado o Regimento da Seção.

Parágrafo 4º Por meio da Área de Almoxarifado e Patrimônio:

a) adquirir, receber, conferir, guardar, controlar e distribuir materiais e medicamentos utilizados no **HUTRIN**;

b) fixar quantidades mínimas que devem estar no estoque, atendo-se a elas na elaboração dos pedidos de compras;

c) introduzir padronização de materiais seguindo orientação ditada por uma comissão e sugerir alterações quando necessário.

Parágrafo 5º Por meio da Área de Segurança e Apoio:

a) a garantia da ordem no ambiente do estabelecimento;

b) pelo controle de entrada de visitantes.

Parágrafo 6º Por meio da Área de Recepção:

a) atender aos pacientes e/ou familiares que a ela se dirigir para obter informações, tirar dúvidas, receber sugestões ou críticas;

b) aplicar questionário permanentemente, para apuração do grau de satisfação do usuário e encaminhar a Diretoria de Atenção à Saúde para tabular dados estatísticos de satisfação dos usuários, mensalmente;

c) sugerir medidas que visem aumentar o grau de satisfação dos usuários.

Parágrafo 7º Por meio da Área de Serviços Gerais:

a) Manter a limpeza de superfícies, mobiliário e equipamentos e pela manutenção de um ambiente agradável, higiênico e seguro para os pacientes, funcionários e visitantes.

Parágrafo 8º Por meio da Área de Transporte:

a) Manter o transporte de pacientes por ambulância, o controle da frota de veículos do Hospital, motoristas lotados no Hospital e a geração de relatórios gerenciais para controle do uso e gastos.

Parágrafo 9º Por meio da Área de Compras:

a) Zelar pelos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e isonomia na seleção de fornecedores;

b) Negociar com os fornecedores, visando ao fechamento de compras dentro das melhores condições de preço, qualidade prazo de entrega.

c) Pesquisar novos fornecedores de produtos e serviços diversos, visando desenvolver fontes alternativas de suprimentos;

d) Coordenar a inclusão e manutenção do cadastro de fornecedores;

e) Apresentar à chefia, para aprovação da cotação;

f) Elaborar relatórios com indicadores;

g) Definir os parâmetros para as negociações ou negociar diretamente com fornecedores as bases e condições para o fornecimento, visando à aquisição de produtos com preços e condições competitivos.

h) Administrar o cadastro de preços, participando da formulação dessa política, monitorando e utilizando o preço fixado pelas como subsídio para definição de preços no futuro.

i) Controlar o fluxo de compras, visando ao equilibro entre as contas a pagar e o orçamentos previsto;

j) Zelar pelo cumprimento do Regulamento de Compras vigente no Hospital.

S. E. S.
Fls: 1417
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Artigo 24º Das Atribuições Comuns

São atribuições comuns a todas as unidades do **HUTRIN**, em suas respectivas áreas de atuação:

I - Planejar, controlar, executar e acompanhar as atividades que lhes são afetas;

TCE 1426

II - Planejar e avaliar as necessidades de:

a) recursos humanos e físicos;

b) equipamentos e materiais;

III - Realizar avaliação da assistência e dos serviços prestados aos usuários;

IV - zelar pela proteção e segurança dos pacientes e servidores do **HUTRIN**;

V - Conjugar esforços para o melhor aproveitamento dos recursos humanos e físicos;

VI - Controlar, manter e zelar pela guarda dos materiais e equipamentos utilizados, comunicando à área competente a necessidade de manutenção ou reposição;

VII - Fiscalizar os serviços prestados por terceiros;

VIII - Requisitar e controlar o material de consumo;

IX - contribuir no projeto de incorporação tecnológica;

X - Elaborar relatórios periódicos.

CAPITULO VII

Artigo 25º Das Disposições Finais

Paragrafo 1º O Presente Regulamento será aprovado após discussão e apreciação coletiva e das Diretorias do **HUTRIN**.

Paragrafo 2º As unidades do **HUTRIN** deverão também apresentar Regimentos Internos e ou normas de funcionamento.

Paragrafo 3º Alguns serviços poderão ser terceirizados, quando por conveniência ou necessidade do Hospital, ficando o contratado obrigado a seguir normas e rotinas contidas neste Regulamento ou qualquer outra resolução aprovada pelas Diretorias, bem como estará sujeito às sanções previstas.

Paragrafo 4º O **HUTRIN** deverá seguir as recomendações, resoluções e determinações dos órgãos de representação das categorias profissionais vinculadas ao Setor da Saúde atuantes no Hospital.

6.1.2.1 Descrição do Perfil Técnico para Nomeação dos Membros da Estrutura Organizacional Proposta: ATÉ 2º NÍVEL

Perfil Técnico para Nomeação dos Membros

DIRETOR GERAL

O Diretor Geral é o profissional de nível superior, graduado em área de gestão em saúde, que é designado para dirigir e administrar o hospital, objetivando assegurar a obtenção dos resultados definidos nos planos operacionais e técnico/administrativos, em conformidade com a missão do Hospital de Urgências de Trindade, nas diretrizes estratégicas e operacionais estabelecidas pelo **Instituto GERIR** e **SES/GO**. Exerce a coordenação geral de todos os setores do hospital.

Compartilha a implantação do Modelo Gerencial, da Direção Colegiada e do Conselho Gestor com o Instituto de Gestão em Saúde – GERIR.

Neste sentido, o Diretor Geral deve possuir conhecimento da gestão Pública e dos princípios do Sistema de Saúde Brasileira e liderança em equipes gerenciais; com habilidades na área de Planejamento e organização de serviços de saúde.

DIRETOR TÉCNICO

Profissional médico, designado em consonância com as normas contidas no Regulamento e as determinadas pelas legislações federal e estadual. É o principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento médico/instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei.

O Diretor Técnico tem por responsabilidade, além de assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no Hospital de Urgências de Trindade, além de observar o cumprimento das normas vigentes, devendo, ainda, assegurar com o Diretor Geral o funcionamento pleno das Comissões, inerentes a área técnica.

Compete ao Diretor Técnico coordenar da execução das ações assistenciais, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de apoio diagnóstico, de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação.

S. E. S. Fls: 1418 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Normatizar e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico do Hospital de Urgências de Trindade.

Ademais, nos termos do artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, a existência do cargo de Diretor Técnico é obrigatória em qualquer instituição hospitalar ou de assistência médica, sendo ele o principal responsável pelo funcionamento da instituição, nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 997/80.

Neste sentido, a Diretoria Técnica tem que ser exercida por um médico que deve possuir conhecimento da gestão Pública e dos princípios do Sistema de Saúde Brasileira e liderança em equipes gerenciais; com habilidades na área de Planejamento e organização de serviços de saúde.

A Diretoria Técnica tem que ser exercida por um profissional médico que deve possuir conhecimento da gestão Pública e dos princípios do Sistema de Saúde Brasileira e liderança em equipes gerenciais e multiprofissionais. Profissional com habilidades na área de Planejamento e organização de serviços de saúde. Ter conhecimento das Normas Regulamentadoras (ANVISA), para possibilitar o atendimento eficiente aos usuários do Hospital e a avaliação do padrão de assistência, manter a inter-relação dos serviços da Unidade no intuito de integrarem as áreas específicas.

Possuir conhecimento dos protocolos técnico-assistenciais, no sentido de integrar as ações realizadas pelo Hospital visando o atendimento de forma eficaz nas ações do Sistema Único de Saúde, bem como desenvolver programas de treinamento e de educação permanente.

Diretor Administrativo e Financeiro

Profissional de nível Superior, graduado em área de gestão em saúde objetivando planejar, organizar e executar as atividades administrativas, bem como assegurar o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com as demais Diretorias.

Neste sentido, a Diretoria Administrativa tem que ser exercida por um profissional que deve possuir conhecimento da gestão Pública e dos princípios do Sistema de Saúde Brasileira e liderança em equipes gerenciais e com habilidades em gestão administrativa, financeira e apoios logísticos.

Ter conhecimento administrativo para coordenar seu meio laboral e institucional, sendo capaz de gerenciar de forma eficiente a complexidade das atividades das instituições de saúde, no intuito de ser um agente multiplicador apto a resolver questões internas e externas da Unidade e suas relações humanas, sociais e tecnológicas. Ter capacidade de administrar com excelência todos os setores ligados a área administrativa.

Gerente de Enfermagem

Profissional graduado em enfermagem objetivando assegurar através de supervisão das seções o funcionamento adequado e a assistência de enfermagem da Clinica Médica, Ambulatório; Clínica Cirúrgica; Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico; Central de Material e Esterilização e Pronto Atendimento. Responsável Técnica perante o Conselho Regional de Enfermagem das ações e serviços executados pela equipe de enfermagem.

Ter conhecimento de gestão para coordenar seu meio laboral e institucional, sendo capaz de gerenciar de forma eficiente a complexidade das atividades das instituições de saúde e da equipe de enfermagem no intuito de ser um agente multiplicador apto a resolver questões internas e externas da Unidade e suas relações humanas, sociais e tecnológicas.

S. E. S.
Fls: 1419
Rubrica
COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO

6.2 Protocolos Clínicos

6.2.1 Proposta de Implantação de Protocolo de Cirurgia Segura / OMS

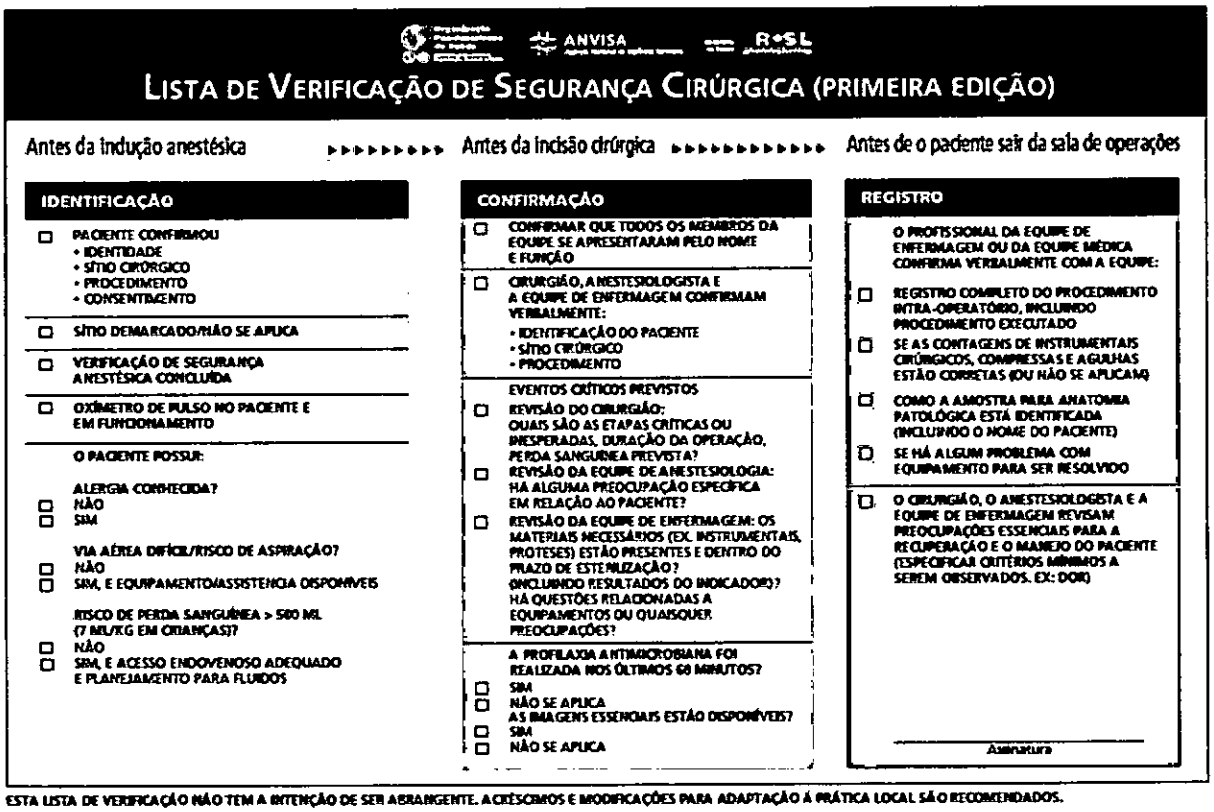
O **Instituto GERIR** apresenta sua proposta, com objetivo de aumentar a segurança do paciente cirúrgico. Importante ressaltar que a proposta é baseada nas Orientações para Cirurgia Segura da **Organização Mundial da Saúde** (OMS), que estabelece um consenso entre especialistas internacionais e que atualizam as informações técnicas sobre cirurgia segura através no mundo.

A meta do Desafio "**Cirurgias Seguras Salvam Vidas**" é melhorar a segurança da assistência cirúrgica por meio da definição de um conjunto de padrões de segurança. Segundo consenso de especialistas no assunto, a segurança nas práticas abrangem quatro áreas: trabalho de equipe, anestesiologia, prevenção de infecção do sitio cirúrgico e mensurações dos serviços de saúde.

Os objetivos da equipe cirúrgica devem se apoiar nas orientações para cirurgia segura da OMS:

1. Operar o paciente certo e o local cirúrgico certo;
2. Usar métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
3. Reconhecer e estar efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
4. Reconhecer e estar efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
5. Evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
6. Utilizar sistematicamente, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico;
7. Impedir a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas;
8. Manter seguros e identificar precisamente todos os espécimes cirúrgicos;
9. Comunicar efetivamente e trocar informações críticas para a condução segura da operação;
10. Estabelecer vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

O foco central do Protocolo de Cirurgia Segura é a utilização de um instrumento de checagem, uma lista de averiguação ou check-list, que antecipadamente confere as várias etapas do período perioperatório (antes, durante e depois da cirurgia) para evitar intercorrências e eventos adversos que possam levar a complicações, desde as infecciosas até o aumento do período de internação e mesmo o óbito.



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica ▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes da incisão cirúrgica ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de o paciente sair da sala de operações

IDENTIFICAÇÃO

- ☐ PACIENTE CONFIRMOU
  - IDENTIDADE
  - SÍTIO CIRÚRGICO
  - PROCEDIMENTO
  - CONSENTIMENTO
- ☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA
- ☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA
- ☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?
☐ NÃO
☐ SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?
☐ NÃO
☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
☐ NÃO
☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS

CONFIRMAÇÃO

- ☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
- ☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:
  - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
  - SÍTIO CIRÚRGICO
  - PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTA?
- ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
- ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
☐ SIM
☐ NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
☐ SIM
☐ NÃO SE APLICA

REGISTRO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- ☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
- ☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
- ☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
- ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)

Assinatura

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Figura 1. Check-list de verificação de segurança cirúrgica

Lançado em 2008 pela OMS, o check-list de averiguação reunindo itens considerados essenciais para serem observados antes, durante e depois das cirurgias, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade operatória. O referido check-list será adotado em todas as cirurgias, de acordo com as recomendações da OMS. A adoção a essas recomendações visa seguir um protocolo adotado mundialmente.

O **Instituto GERIR** considera que a implementação dessa proposta faz parte de uma atitude segura, movimento que deve ser disseminado e institucionalizado, pois a segurança constitui item primordial à qualidade. O uso do check-list envolve mudanças no sistema e no comportamento de toda equipe cirúrgica. Sendo assim, as tarefas e procedimentos devem se desenvolver antecipando e minimizando a possibilidade da ocorrência de erros.

S. E. S.
Fls: 1420

A proposta deverá ser implantada inicialmente, num piloto com um ano de duração, incluindo reuniões de planejamento, elaboração e apresentação do protocolo local, capacitações e avaliação. Ressalta-se a importância da sensibilização dos médicos, para que todos entendam as vantagens e os benefícios da implantação do protocolo de cirurgia segura.

A implementação dessa proposta se insere na **Aliança Mundial para Segurança do Paciente**, da OMS.

Cronograma da Proposta de Implementação do **Protocolo de Cirurgia Segura:**

TCE 1429

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões de Planejamento	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do Protocolo		■	■									
Apresentação do Protocolo			■	■								
Capacitações				■	■	■	■					
Avaliação								■		■		■

GERIR

S. E. S.
Fls: 1421
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1430

6.2.2 PROTOCOLO DE TRATAMENTO PRIMÁRIO DAS FRATURAS EXPOSTAS DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE

RESPONSÁVEL

NOVEMBRO, 2013

TCE 1431

S. E. S.
Fls: 1422
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

INTRODUÇÃO / RACIONAL

Este protocolo é estruturado por classificação de doença (fratura exposta) com base em evidência clínica e tem como público-alvo: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de radiologia e assistente social.

Fratura exposta (FE) é aquela em que há comunicação entre o foco de fratura e o ambiente externo, geralmente através de uma lesão na pele.

Apesar dos avanços atuais no tratamento das lesões de partes moles e nas técnicas de estabilização das fraturas expostas, o índice de morbidade da afecção é alto, mesmo quando tratadas em serviços de referência.

Grande esforço tem sido realizado em todo o mundo para diminuir as complicações no tratamento das FE, principalmente, das infecções ósseas e dos retardos de consolidação que são intercorrências que elevam o tempo do tratamento, de retorno às atividades e os custos da instituição.

OBJETIVO

Uniformizar o atendimento e tratamento das fraturas expostas na rede.

Objetivos Específicos

- Priorizar a estabilização definitiva das fraturas expostas;
- Promover a consolidação adequada da fratura;
- Diminuir a incidência de complicações infecciosas, ósteo-articulares, musculares, vasculares e nervosas;
- Restaurar a funcionalidade do membro;
- Diminuir os custos no tratamento da doença.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

NO AMBULATÓRIO:

PESSOAL

Equipe em regime de plantão e composta por:

1. Ortopedistas;
2. Cirurgião plástico;
3. Cirurgião vascular;
4. Enfermeira pertencente à equipe de tratamento de fratura;
5. Equipe de Enfermagem;
6. Assistente social;
7. Técnicos em radiologia;
8. Técnico em gesso.

MATERIAL

1. Material ortopédico padrão para imobilizações (talas descartáveis acolchoadas e modeláveis; tração cutânea adequada);
2. Material de curativos;
3. Serviço de radiologia convencional com arco cirúrgico (intensificador com memória de imagem na sala de politraumatizados);
4. Material de documentação (máquina fotográfica digital para fins científico e médico-legal).

NO BLOCO CIRÚRGICO:

PESSOAL

1. Ortopedistas pertencentes à equipe de tratamento de fratura exposta;
2. Anestesiologistas;
3. Técnicos de radiologia;
4. Equipe de Enfermagem da sala de fratura exposta com instrumentador especializado.

MATERIAL

1. Salas adequadas para tratamento de fratura exposta. (Ante-sala para limpeza e preparo do paciente anexa à sala de cirurgia);
2. Intensificador de Imagens (Arco cirúrgico com gravação digital e impressão de imagem);
3. Furadeiras elétricas com bateria recarregável e serra de osso;
4. Instrumental cirúrgico;
5. Material anestésico habitual;
6. Medicamentos.
7. Implantes para estabilização das fraturas (placas e hastes intramedulares de última geração);
8. Material convencional de imobilização de fraturas.

S. E. S.
Fls: 1423
Rubrica
DE LICITAÇÃO

NA ENFERMARIA:

PESSOAL

1. Ortopedistas;
2. Equipe de Enfermagem. A enfermeira responsável pela unidade de fratura exposta também acompanhará o paciente internado;
3. Técnico de radiologia;
4. Fisioterapeuta;
5. Terapeuta ocupacional;
6. Técnico de radiologia;
7. Clínico geral;
8. Representante da SCIH;
9. Nutricionista.

TCE 1432

MATERIAL

1. Camas com quadro balcânico;
2. Equipamento de tração (pesos, roldanas, cordas, elevadores do pé da cama);
3. Material para curativo;
4. Medicamentos;
5. Almofadas e travesseiros;
6. Cadeira de roda para banho e usual;
7. Maca ortostática.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

CONCEITOS BÁSICOS DE TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS:

NO LOCAL DO ACIDENTE

1° atendimento: no local do acidente e conduzidos ao Hospital pelas unidades do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), segundo as regras do Advanced Trauma Life Suport (ATLS).

NO AMBULATÓRIO DO PRONTO ATENDIMENTO

1. Acolher as fraturas expostas em caráter de emergência;
2. Proteger adequadamente a fratura de novas contaminações (cobertura com gase estéril);
3. Avaliação: I – Cirurgia do trauma, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ortopedia:

- Identificar lesões;
- Coletar história;
- Solicitar exames;
- Solicitar reserva de sangue quando necessário;
- Preencher formulário de atendimento **(APÊNDICE I);**
- Classificar o tipo de fratura segundo Gustilo *et at.* e Tscherne **(ANEXOS I , II)**;
- Usar o índice do Mangled Extremity Severity Score para tomada de posição entre a salvação e a amputação do membro. (MESS – APÊNDICE II).

Obs.: A cirurgia deve ser realizada sempre em bloco cirúrgico (ambiente estéril) dentro das primeiras 6 horas após a fratura.

4. Antibioticoterapia venosa. Iniciar no pré-operatório (**APÊNDICE III** e protocolo de antibióticoprofilaxia cirúrgica);
5. Profilaxia de tétano;
6. Exames complementares de rotina para cada tipo de fratura;
7. Documentação por imagem digital da lesão e da radiografia.

NO BLOCO CIRÚRGICO

1. Anestesia conveniente ao caso;
2. Reclassificar a fratura e as lesões de partes moles;

- Decisão por amputação do segmento:
- Solicitar segunda opinião, inclusive do cirurgião vascular;
- Fotografar o membro;
- Enviar a peça de amputação para o IML;
- Assinatura dos médicos avaliadores.

3. Realizar o desbridamento – remoção de todos os tecidos desvitalizados, incluindo pele, músculos, ossos e corpos estranhos.
4. Irrigação – Limpeza mecânica abundante com soro fisiológico 0,9%, utilizando volume mínimo de 10 litros.

S. E. S.
Fls: 1424

5. Estabilização – Fazer a opção mais adequada de fixação. Utilizar sempre que indicado a fixação intramedular precoce. Nas fraturas diafisárias dos MMII evitar ou abolir a TTE.

TCE 1433

Obs.:

Fraturas do tipo I de Gustilo: realizar a mesma estabilização das fraturas fechadas. Hastes intramedulares não devem ser frezadas ou ter frezagem mínima do canal.

Fraturas tipo II e III – A: fixar interna ou externamente, sendo a osteossíntese escolhida com base na classificação da fratura, lesões das partes moles, condições do paciente.

Fraturas tipo III-B e III-C:

- 1° TEMPO: estabilizar com fixador externo biplanar com recursos de correção de desvio de eixo que permita melhor tratamento das partes moles;
- 2° TEMPO: osteossíntese definitiva dentro do prazo máximo de 15 dias.

Osteossíntese híbrida com fixação minimamente invasiva pode ser acrescentada nas fraturas epífise/metafisárias.

Montagens transarticulares e fixador externo híbrido podem ser opções para as fraturas peri-articulares;

Fratura exposta da pelve com lesão de alça intestinal:

- Indicação de fixador externo e colostomia. Nas fraturas com lesão arterial ocorrida em menos de 6 horas a osteossíntese deve preceder a revascularização. Nas fraturas expostas passíveis de fixação interna, deve-se considerar o segmento ósseo fraturado.

Fraturas articulares e epifisárias:

- Fixar rigidamente com placas, parafusos, fios, com técnica minimamente invasiva e pouco implante.

Fraturas metafisárias:

- Fixação com placas e na região diafisária a osteossíntese deve ser feita com hastes intramedulares (preferencialmente) ou placasponte.

Fraturas no membro superior:

- Fraturas diafisárias dos ossos longos: usar placas. O enxerto ósseo esponjoso não está indicado na fase aguda.

TRATAMENTO DAS PARTES MOLES:

Após o desbridamento inicial com a finalidade de cobrir ossos, tendões, nervos, vasos.

Fechamento primário:

- Nas seguintes condições:

1. Sutura sem tensão;

2. Ausência de espaços mortos, tecidos viáveis, desbridamento completo com ferida limpa. Geralmente as fraturas do tipo I de Gustilo podem ter sutura primária de pele.

Fraturas do tipo II e III:

- Avaliação do cirurgião. Fraturas do tipo III devem ser deixadas abertas.

Havendo boas condições o fechamento retardado pode ser feito em 3 a 7 dias. Havendo tecido desvitalizado residual, novos desbridamento devem ser feitos a cada 48-72 horas. O fechamento retardado pode ser realizado com sutura direta, enxerto livre de pele, retalho local ou retalho distante.

Nesses casos, o tratamento das partes moles é assumido pela Clínica de Cirurgia Plástica.

TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

As fraturas expostas provocadas por projétil de arma de fogo seguem protocolo abaixo:

- Projétil de baixa velocidade, baixa energia e baixo impacto (menos de 500 metros/segundo). Armas civis:

- Cuidados locais com o ferimento em bloco cirúrgico e tratamento das fraturas com o protocolo indicado para as mesmas como se fossem fraturas fechadas;

- Protocolo de antibioticoterapia para fraturas Tipo I de Gustilo;

- Se for realizada fixação interna, deve-se remover o projétil do foco de fratura.

- Projétil de alta velocidade, alta energia e alto impacto (mais de 600 metros/segundo). Armas de guerra, exército:

- Desbridamento e irrigação usual para fraturas expostas;

- Busca completa por corpo estranho;

- Remover projétil intra-articular e do foco de fratura;

S. E. S.
Fls: 1425
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Osteossíntese externa ou interna de acordo com o caso;
- Protocolo de antibioticoprofilaxia e antibioticoterapia para fraturas Tipo III de Gustilo;
- Reparo vascular, se necessário, após a osteossíntese;
- Tratamento de pele de rotina para fraturas expostas;
- Déficit neurológico distal isolado não necessita de exploração.

TCE 1434

O cirurgião poderá modificar o procedimento levando em conta variáveis como ferimento grosseiramente contaminado, características do projétil, energia cinética, estabilidade, características da entrada, do trajeto percorrido através do corpo e das características biológicas do tecido lesado.

TRATAMENTO DAS FRATURAS EXPOSTAS DA MÃO

1. As fraturas expostas da mão são tratadas pela Clínica de Cirurgia da Mão com protocolo próprio;
2. Todos pacientes portadores de fratura exposta devem ser internados;
3. Após o tratamento de urgência o paciente com fratura exposta atendido no HJXXIII, da Rede FHEMIG, deverá ser transferido para os hospitais de atendimento ortopédico terciário da Instituição para continuação do tratamento.

ITENS DE CONTROLE

1. Cirurgia nas primeiras seis horas
2. Taxa de infecção
3. Tempo de permanência hospitalar;
4. Número de procedimentos após o tratamento inicial;

SIGLAS

FE – Fratura Exposta
SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
ATLS – Advanced Trauma Life Suport
MESS – Mangled Extremity Severity Score
MMII – Membros Inferiores
TTE – Tração Trans-esquelética

REFERÊNCIAS

1. Brumback RJ. Open Tibial Fractures: Current Orthopaedic Management. Instructional Course Lectures, The American Academy of Orthopaedic Surgeons. St. Louis, C.V. Mosby 1992.

2. Brumback RJ, Jones AL. Interobserver agreement in the classification of open fractures of the tibia.The result of a survey of 245 orthopaedic surgeons. J Bone and Joint Surg 1994.

3. Chapman MW, Olson SA. Open fractures, in Rockwood and Green's Fractures in Adult-Edited by C. A. Rockwood, Jr., D.P Green, R.W. Bucholz and J.D. Heckman Ed 4, Philadelphia: Lippincot-Raven, 1996.

4. Gustillo RB, Anderson JT. Prevention of Infection in the treatment of one thousand and twenty five open fractures of long bones. Retrospective and prospective analyses. J Bone and Joint Surg 1976.

5. Gustillo RB, Merkow RL. Templeman D. Current concepts review, the management of open fractures. J Bone and Joint Surg 1990.

6. Gustillo RB, Mendosa RM, Willians DN. Problems in the management of type III open fractures. A new classification for type III fractures. J Trauma 1984.

7. Helfet DL *et at*. Limb salvage versus amputation. Preliminary results of the mangled extremity severity score. Clin Orthopaedic.

8. Maurer DJ, Merkow RI, Gustillo RB: Infection after intramedullary nailing of severe open tibial fractures initially treated with external fixation. J Bone and Joint Surg 1989.

9. Muller M.E., Allgöwer M.,Schneider R., Willenegger H.; Manual of Internal Fixation. Berlin, Springer Verlag, 1991.

10. Norris BL, Kellam JF. Soft-tissue injuries associated with high energy extremity trauma: principles of management. J of The Am Acad of Orthop Surg 1997.

11. Olson SA. Open fractures of the tibial shaft. Current treatment. Instructional Course Lectures, The American Academy of Orthopaedic Suegeons. J Bone and Joint Surg 1996.

S. E. S
Fls. 1426
6

12. Patzakis MJ, Harvey JP, Ivler D. The role of antibiotics in the management of open fractures. J Bone and Joint Surg 1974.

13. Sanders R, Swiontkowski M, Nunley J, Spiegel P. The management of fractures with soft-tissue disruptions. Instructional Course Lectures, The American Academy of Orthopaedics Surgeons. J Bone and Joint Surg 1993.

14. Tsherne H, Gotzen L. Fractures with soft tissue injuries. Berlin: Springer-Verlag, 1984.

15. Paccola CAJ. Fractures expostas: artigo de atualização. Rev Bras Ortop 2001.

16. Clifford RP. Open fractures, AO principles of fracture management. Ed. Ruedi, T.P.; Murphy, W.M. Thieme, 2000.

17. Lourenço PRB, Franco JS. Atualização no tratamento das fraturas expostas. Rev Bras Ortop 1998.

18. Christian CA. General principles of fracture treatment. In: Campbell`s Operative Orthopaedics(ed) S.T. Canale. Ninth Edition Mosby 1998.

19. Bhandari M, Guyatt GH, Swiontkowski MF Schemitsch EH. The treatment of open fractures of the shaft of the tibiaa sistematic overview and meta-analysis. J Bone and Joint Surg 2001.

20. Bartlett CS, Helfet DL, Hausman MR, Strauss F: Ballistics and gunshot wounds: effects on musculoskeletal tissues. J Am Acad. Orthop Surg 2000..

21. Cunha, FM, Braga GF, Drumond Jr. SN, Figueiredo CTO. Estudo epidemiológico de 1212 fraturas expostas. Rev Bras Ortop, 1998.

22. Cunha FM, Braga GF, Abrahão LC, Vilela JCS, Silva CEL. Fraturas expostas em crianças e adolescentes. Rev Bras Ortop, v.33, p. 431-435, 1998.

ANEXOS

APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO DOS PORTADORES DE

FRATURA EXPOSTA

Nome:	Registro
Sexo: M ( ) F ( )	Idade: Profissão:
Data/hora admissão:	Data/hora lesão:
Transportado por:	( ) Resgate ( ) Ambulância ( ) Particular ( ) Policia ( ) Outros
Tipo de trauma:	( ) Alto impacto ( ) Baixo impacto
Mecanismo da lesão:	( ) Ac. automobilístico ( ) Ac. moto ( ) Atropelamento ( ) Queda de altura ( ) PAF ( ) Outro
Qual?	
Relato sucinto:	
Lesões associadas:	
Descrever propedêutica:	

GERIR

S. E. S
Fls: 1427
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Antibioticoprofilaxia: TCE 1436	( ) Cefalotina ( ) Cefazolina (→) Gentamicina ( ) Metronizadol
Classificação de Gustilo:	( ) Tipo I ( ) Tipo II ( ) Tipo III-A ( ) Tipo III-B Tipo III-C
Classificação de Tscherne:	( ) Grau 1 ( ) Grau 2 ( ) Grau 3 ( ) Grau 4
Índice MESS:	pontos
Lesão vascular: Sim ( ) Não ( )	Lesão nervosa: Sim ( ) Não ( )
Traço:	( ) Transv. ( ) Obliq. ( ) Borbol. ( ) Cominut. ( ) Segm. ( ) Helicoid. ( ) Outros
Localização:	( ) Epífise ( ) Diáfise ( ) Metáfise
Osso(s) acometido(s):	
Hora do início da cirurgia:	Final da cirurgia:
Torniquete: Sim ( ) Não ( )	Tempo de torniquete:
Fechamento da ferida: Sim ( ) Não ( )	Cobertura primária: Sim ( ) Não ( )
Método de estabilização: ( ) Haste IM bloq ( ) Haste IM ( ) Osteossíntese Híbrida ( ) Gesso ( ) Outros	Frezagem: ( ) Sim ( ) Não ( ) Placa e parafuso ( ) Fixador externo
Procedimentos associados:	
Cirurgião:	CRM:
Enfermeira:	COREN:
Destino após alta:	

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DE FRATURAS EXPOSTAS DE ACORDO COM GUSTILO:

Tipo I – Fratura exposta com lesão de pele igual ou inferior a 1 cm, com mínima lesão de partes moles e aparentemente limpa;

Tipo II – Fratura exposta com laceração maior que 1 cm, associada a trauma moderado e lesões de partes moles;

Tipo III – Fratura exposta com lesão extensa de tecidos moles e esmagamento, causadas por mecanismo de alto impacto.

A – Fratura com adequada cobertura de tecidos moles a despeito da extensa laceração;

B – Fratura com extensa lesão de partes moles, grande descolamento periósteo e maciça contaminação;

C – Fratura com lesão vascular que necessite de reparo.

ANEXO II

CLASSIFICAÇÃO DE TSCHERNE E GOTZEN PARA LESÃO DE PARTES MOLES EM FRATURAS EXPOSTAS:

Grau 1 – Laceração cutânea por fragmento ósseo perfurante; nenhuma ou pouca contusão da pele; fratura usualmente simples.

Grau 2 – Qualquer tipo de laceração cutânea com contusão simultânea circunscrita ou contusão de partes moles e moderada contaminação; qualquer tipo de fratura.

Grau 3 – Grave dano às partes moles, frequentemente com lesão vasculonervosa concomitante, fraturas acompanhadas de isquemia e grave cominuição; acidentes em ambientes rurais e contaminados com material orgânico; síndrome de compartimento.

Grau 4 – Amputação traumática total ou subtotal, necessitando reparo arterial para manter vitalidade do membro distalmente.

S. E. S.
Fls: 1429
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

APÊNDICE II

ÍNDICE DE MESS

TCE 1440

Tipo	Características	Lesões	Pontos
Grupo de lesões esqueléticas e de partes moles			
1	Baixa energia	Ferida cortante, fratura simples fechada, projétil de arma de fogo de pequeno calibre.	1
2	Média energia	Fraturas múltiplas ou exposta, luxação, lesão por esmagamento moderada.	2
3	Alta energia	Explosão por arma de fogo, ferida de arma de fogo de alta velocidade.	3
4	Esmagamento maciço	Queda de árvore, acidente de trem, soterramento.	4
Grupo de choque			
1	Hemodinamicamente normotenso	Pressão estável.	0
2	Hipotensão transitória	Pressão instável, mas respondendo a infusão de líquido intravenoso.	1
3	Hipotensão Prolongada	Pressão sistólica abaixo de 90 mmHg e respondendo a infusão de líquido intravenoso somente na sala de operação.	2
Grupo isquêmico			
1*	Ausência	Pulso sem sinais de isquemia.	0*
2*	Leve	Pulso diminuído sem sinais de isquemia.	1*
3*	Moderada	Sem pulso por Doppler, enchimento capilar lento, parestesia, diminuição da atividade motora.	2*
4*	Grave	Sem pulso, membro frio, paralisado e entorpecido, sem preenchimento capilar.	3*
Grupo etário			
1	< 30 anos		0
2	> 30 < 50 anos		1
3	> 50 anos		2

*Multiplicar por 2 se a isquemia tiver mais de 6 horas.
Membros com escore de 7 a 12 pontos geralmente requerem computação. Membros com escore entre 3 e 6 pontos usualmente são viáveis.

APÊNDICE III

ANTIBIOTICOPROFILAXIA E ANTIBIOTICOTERAPIA:

A utilização de antibiótico profilático é sempre realizada, iniciando-se no préoperatório.

É seguido o seguinte esquema:

FRATURA EXPOSTA TIPO I DE GUSTILO.

Opção 1: Cefalotina 2 gramas por via endovenosa de 4/4 horas, com a primeira dose aplicada na sala de politraumatizados.

Opção 2: Cefazolina 1 grama por via endovenosa de 6/6 horas, com a primeira dose aplicada na sala de politraumatizados.

- Doses seguintes:

a) Cefalotina 2 gramas por via endovenosa de 4/4 horas;

b) Cefazolina 1 grama por via endovenosa de 6/6 horas.

FRATURA EXPOSTA TIPOS II E III

a) Cefalotina ou Cefazolina na mesma dose do Tipo I;

b) Gentamicina adulto 240 mg por via endovenosa de 24/24 horas (máximo de 5 dias).

FRATURAS EXPOSTAS SUJAS E DE ÁREA RURAL.

Mesmo esquema dos Tipos I, II e III, associado a:

a) Metronizadol 500 mg por via endovenosa de 6/6 horas ou a Clindamicina 600 mg por via endovenosa de 6/6 horas;

b) Gentamicina dosagem acima.

OBSERVAÇÕES:

a) As fraturas expostas Tipos I e II devem ter antibioticoprofilaxia para bactérias gram positivas e gram negativas;

b) Nas fraturas expostas Tipo III pode-se adicionar cobertura para bactérias anaeróbicas;

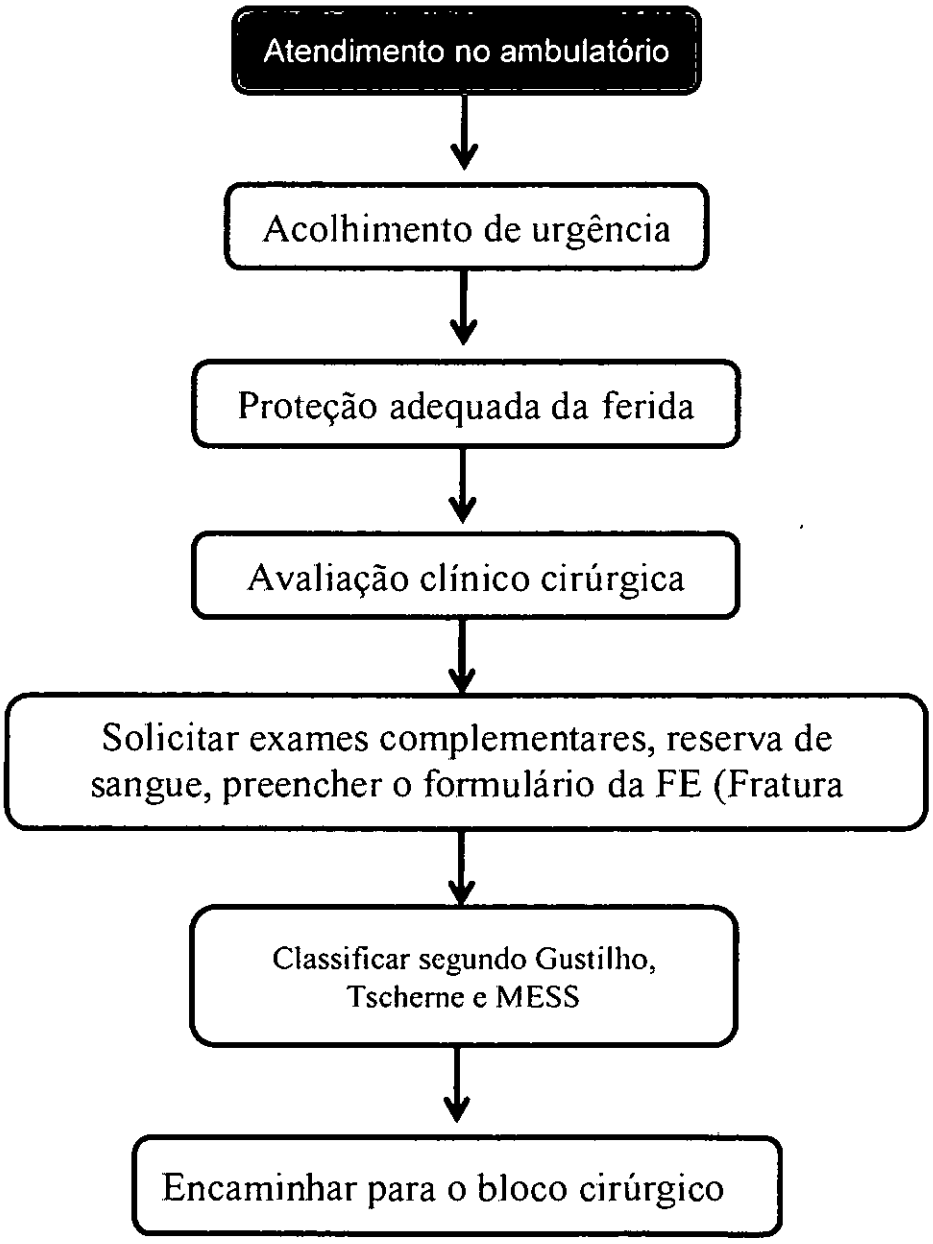
TCE 441

S. E. S.
Fls: 1430
6
Rubrica

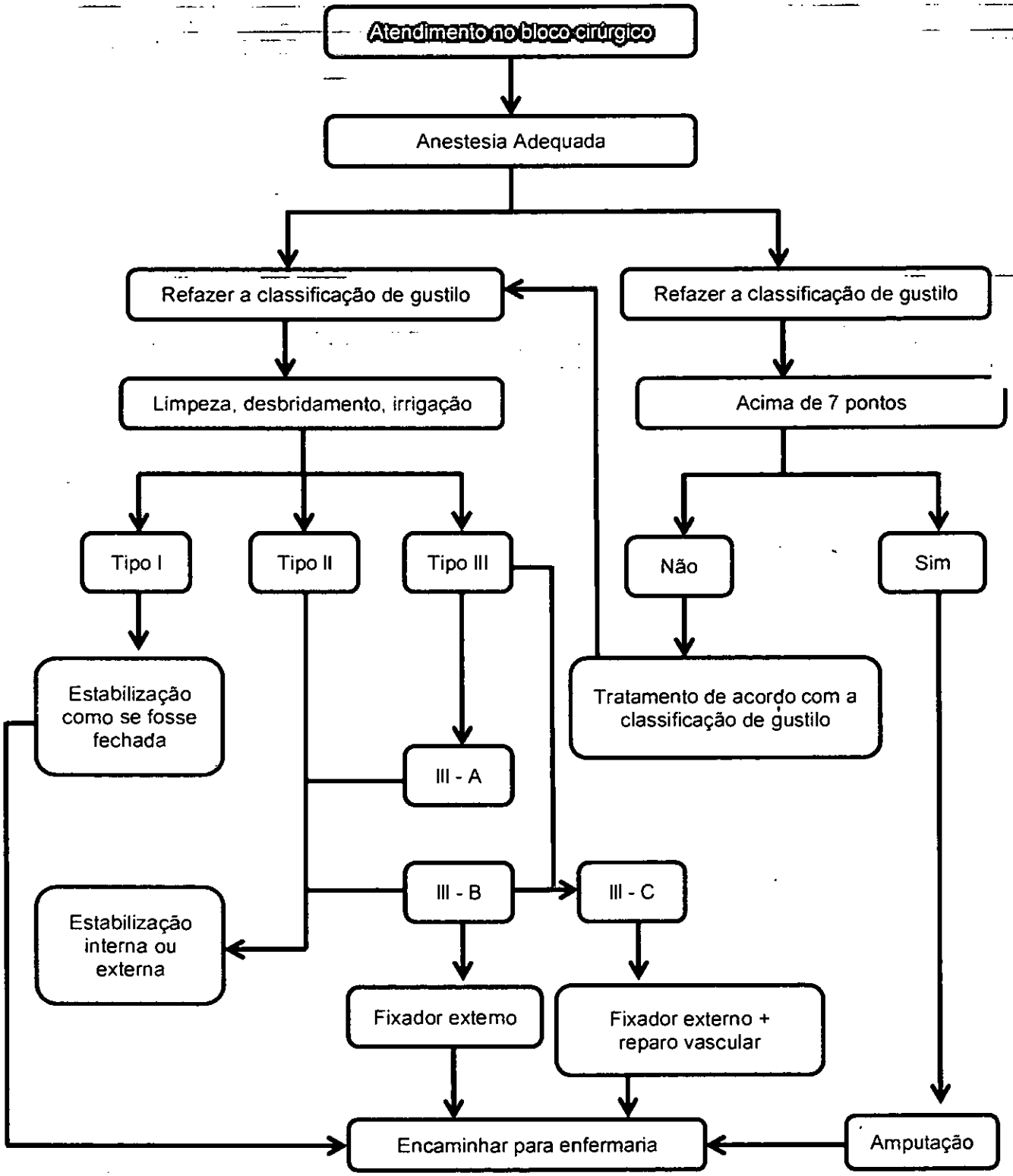
c) A antibioticoprofilaxia por 72 horas só é usada para traumatismos até 6 horas. Após 6 horas já se considera a ferida como infectada (passando ser Tipo III ou fratura exposta infectada). Nesse caso, deverão ser realizados cultura e antibiograma para adequarmos o antibiótico;

d) Havendo infecção na ferida, culturas são realizadas e a antibioticoterapia é ajustada. Nesses casos, são utilizados protocolos da SCIH.

FRATURA EXPOSTA



FRATURA EXPOSTA



GERIR

S. E. S.
Fls: 1431
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1442

6.2.3 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE

RESPONSÁVEL

NOVEMBRO, 2013

TCE 1443

S. E. S. Fls: 1432

INTRODUÇÃO / RACIONAL

1. Traumatismo crânio-encefálico (TCE) é entidade frequente e com alta mortalidade. A cada 15 segundos ocorre um caso de TCE e em decorrência deste, um paciente morre a cada 12 minutos;
2. 50% das mortes decorrentes de trauma têm como etiologia o TCE;
3. Classificam-se como TCE leve os pacientes com 13 a 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow (ECG) (texto subsidiário). Há tendência a classificar o paciente com 13 pontos na ECG como TCE moderado, tendo em vista a maior incidência de lesões expansivas intracranianas (LEIC) pós-traumáticas.

(texto subsidiário – APÊNDICE IV)

OBJETIVO

Sistematizar o atendimento inicial ao paciente vítima de TCE leve, por médicos especialistas ou não especialistas, em unidades da rede hospitalar do Sistema Estadual de Saúde de Goiás;

Evitar a liberação de pacientes com risco elevado de LEIC pós-traumática;

Evitar internações desnecessárias de pacientes com baixo risco de LEIC pós-traumática;

Reduzir custos com transferências inter-hospitalares e tomografias computadorizadas (TC) do encéfalo desnecessárias.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

1. Equipe médica capacitada para avaliação inicial do paciente vítima de trauma, segundo preceitos do Advanced Trauma Life Support (ATLS). (Cirurgião geral, Clínico geral ou Pediatra);
2. Equipe de enfermagem treinada e orientada para cuidados com o vítima de TCE;
3. Sala de Raio-X com técnico treinado para a realização de radiografias de crânio e coluna cervical;
4. Colar cervical para imobilização. Lanterna com luz forte para exame das pupilas;
5. Veículo e equipe médica e paramédica capacitada para o interhospitalar de pacientes vítimas de TCE. Estes pacientes apresentam o risco de rápida deterioração durante o transporte, portanto o veículo deve estar capacitado para realizar proteção de vias aéreas (inclusive intubação oro-traqueal);

6. Medicamentos essenciais: analgésicos, anticonvulsivantes (diazepam, fenitoína), manitol a 20%, anestésicos para intubação orotraqueal (midazolam, fentanil e suxametônio).

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Admissão do paciente vítima de TCE na sala de emergência, pela equipe do trauma ou plantonista, com registro do diagnóstico;
2. Aplicar protocolo de atendimento segundo preceitos do ATLS;
3. Realizar Exame Neurológico Mínimo:
a. Nível de Consciência (Escala de Coma de Glasgow);
b. Exame do diâmetro pupilar (isocórica/anisocórica);
c. Detectar déficits neurológicos grosseiros (paresias/plegias).
4. Propedêutica radiológica se necessário;
5. Classificar o paciente com TCE leve em RISCO AUMENTADO, RISCO MODERADO e RISCO BAIXO de apresentar LEIC pós-traumática. **(APÊNDICE I);**
6. Definir uma dentre as quatro condutas específicas:
a. Alta hospitalar;
b. Observação hospitalar (até 12 horas) em UBH e alta subsequente;
c. Encaminhar para o hospital, que tem apoio diagnóstico, UAT, para realização de TC do encéfalo com TTIH preenchido **(APÊNDICE II).** Se TC normal, o paciente retornará à unidade de origem para observação hospitalar. Se TC anormal, o paciente deverá manter observação no **HUTRIN**;
d. Encaminhamento direto para internação e conduta especializada por neurocirurgião/neurologista do **HUTRIN**.
7. Fornecer e explicar a FOLHA DE ORIENTAÇÕES básicas ao paciente vítima de TCE leve ou a seu acompanhante. **(APÊNDICE III),** em caso de alta.

ITENS DE CONTROLE

1. Avaliar redução nos pedidos de RX de crânio na unidade hospitalar básica da rede hospitalar do Sistema Estadual de Saúde de Goiás;
2. Avaliar redução nos pedidos de TC do encéfalo na unidade referência de trauma da rede- **HUTRIN**;

TCE 1444

S. E. S. Fls. 1433

3. Notificação compulsória dos pacientes vítimas de TCE leve que foram corretamente submetidos ao protocolo de atendimento acima, mas mesmo assim evoluíram com complicações neurológicas pós-traumáticas;
4. Percentual de internações pelo diagnóstico de TCE;
5. Percentual de TC de encéfalo em vítima de TCE alcoolizado;
6. Percentual de Folha Orientação Entregas.

SIGLAS

TCE – Traumatismo Cranioencefálico ATLS – Advanced Trauma Life Support

TC – Tomografia Computadorizada

RX – Radiografia

ECG – Escala de Coma de Glasgow

UBH – Unidade básica da rede hospitalar do Sistema de Saúde de GO – Hospital da rede não capacitado para atendimento neurológico de pacientes vítimas de TCE.

UAT – Unidade avançada de trauma neurológico da rede: Hospital capacitado com neurologistas/neurocirurgiões e TC do encéfalo para tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes vítimas de TCE = **HUTRIN**

TTIH – Termo Transferência Inter-Hospitalar

HIC – Hipertensão Intracraniana

PIC – Pressão Intracraniana

HSDA – Hematoma Subdural Agudo

HSAT – Hematoma Sub-araquinoide de Traumático

PIA – Pressão Intra Arterial

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

HEDA – Hematoma Extradural Agudo

REFERÊNCIAS

1. Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Suporte avançado de vida no trauma (SAVT – ATLS). 8a Ed. Chicago: 2008.

2. Rimel RW, Giordani B, Barth JT, *et at.* Moderate head injury: completing the clinical spectrum of brain trauma. Neurosurgery1982; 11:344-51.

3. Siang JNKH. High-risk mild head injury. J Neurosurgery 1997;87: 234-8.
4. Masters SJ, McClean PM, Arcarese JS, *et at.* Skull X-ray examinations after head trauma. N Engl Med 1987; 316:84.
5. Andrade AF, Ciquini JrO, Figueiredo EG, *et at.* Diretrizes do atendimento ao paciente com traumatismo craniencefálico. Arq Bras de neurocir, 1999;
6. Valadka AB, Narayan RK. Emergency room management of the head injured patient. In: Narayan RK, Wilberger JE, Povlishok JT, editors. Neurotrauma. New York: McGraw-Hill; 1996. p.119-35

APÊNDICE I

CLASSIFICAÇÃO DO TCE LEVE (ECG 13 E 15) RISCO AUMENTADO

1. Criança espancada, gestante, discrasia sanguínea (ex: pcte hemofílico);
2. Fístula liquórica (rino ou otoliquorreia);
3. TCE + trauma de outros sistemas (Politraumatismo);
4. Petéquias sugestivas de síndrome de embolia gordurosa;
5. Piora do nível de consciência para ECG < 15 ou surgimento de déficits neurológicos focais;
6. Meningismo;
7. Déficit de acuidade visual;
8. TCE por ferimento de arma branca;
9. ECG < 15;
10. Crises sub-entrantes (estado epilético).

RISCO MODERADO

1. Envolvimento em acidente grave, com vítimas fatais. Queixas neurológicas. História não confiável (suspeita de crianças/idosos espancados);
2. Equimose palpebral, retroauricular ou ferida em grande extensão no couro cabeludo;
3. Intoxicação aguda por álcool ou drogas ilícitas. Síndrome de abstinência alcóolica;
4. Cefaleia progressiva, vômitos ou convulsão;
5. Perda momentânea da consciência;
6. Desorientação temporo-espacial, amnésia retrógrada ou pós-traumática (amnésia lacunar);
7. Síncope pós-traumatismo (síndrome vaso-vagal);
8. Idade < 2 anos (exceto se traumatismo muito trivial);
9. RX do crânio evidenciando fratura.

TCE 1445

S. E. S. Fls. 1434 6 Rubrica

RISCO BAIXO

1. TCE por mecanismo de trauma de pequena intensidade, assintomático, exame físico geral normal e sem alterações neurológicas. RX de crânio, se realizado, normal;
2. Sinais ou sintomas mínimos;
3. Cefaléia leve, não progressiva;
4. Tontura, vertigem temporária;
5. Hematoma subgaleal (HSG) ou laceração do couro caneludo (LCC) pequena, com RX de crânio normal.

APÊNDICE II

TERMO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

Hospital de origem _____ Data____/____/____ Hora___:___

Nome do Paciente_____

Nº do registro_____

Diagnóstico Neurológico _____

Outros Diagnósticos _____

Foi observado o protocolo?

☐ sim

☐ não

Motivo Clinico da transferência baseado na observação do protocolo

_____

_____

_____

História Sumária e dados vitais:

PA ____/____ ____ mmHg Pulso ____bpm FR ____irpm Glasgow _____

_____

SAÍDA

Médico Autorizador: _____CRM: _____

Contato feito pelo autorizador no destino: _____CRM: _____

Assinatura e carimbo do Autorizador _____

Nome, nº de registro profissional e assinatura do Assistente Social profissional responsável pelo transporte: _____

Ambulância: □SAMU □UTI □COMUM

Hora contato: ___:____ Hora saída: ___:___ Hpra chegada: ___:___

CHEGADA

Hora da chegada HUTRIN

Exame:

□ USA

□ TC

□ Angiografia

□ Outro _____

Laudo sumário (radiologista ou médico assistente): _____

_____

Nome, CRM e carimbo do médico avaliador: _____

RETORNO

Hora saída : ___:___ Hora chegada à origem: ___:___

Nome, CRM e carimbo médico que recebeu na origem: _____

_____

APÊNDICE III

FOLHA DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Até o momento não foi constatada, através dos exames realizados, qualquer evidência de que o trauma deste paciente tenha sido significativo para que ele permaneça em observação ou admitido neste hospital e portanto será LIBERADO. Entretanto, novos sintomas e sinais podem surgir horas, dias, semanas ou até meses após o traumatismo. As primeiras 48 horas são as mais críticas. É aconselhável que este paciente permaneça em companhia de alguém confiável pelo menos durante este período.

G. E. S.
Fls. 1435
6
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO

O paciente deverá retornar ao hospital se aparecerem os seguintes sinais e os sintomas abaixo relacionados:

TCE 1446

1. Dor de cabeça que não melhora com analgésicos comuns.
2. Sonolência excessiva.
3. Irritabilidade ou ansiedade.
4. Desmaio, fraqueza, diminuição da força ou formigamento nas pernas ou metade do corpo.
5. Dificuldade para falar ou entender, de memória ou concentração.
6. Distúrbio de personalidade ou comportamento.
7. Confusão mental.
8. Náuseas, vômitos, tonturas ou convulsão.
9. Diminuição da audição ou visão.
10. Movimento estranho dos olhos, visão dupla.
11. Alteração da respiração, batidas do coração ou febre (acima de 37,8°C).
12. Perda de líquido claro ou sangue pelo ouvido ou nariz.
13. Alteração do tamanho das pupilas.
14. Depressão ou agressividade.
15. Dor na nuca ou durante movimentos do pescoço.
16. Dificuldades de realizar suas atividades normais em casa ou no emprego.
17. Pode continuar usando as medicações prescritas pelo seu MÉDICO, porém não use sedativos, remédios para dormir, xaropes para tosse ou bebidas alcoólicas pelo menos nas próximas 48 horas. Durante o sono peça para ser acordado frequentemente (2 a 3 vezes), para que se possa avaliar a presença dos sinais acima descritos.

Assinatura e carimbo médico

Trindade , ...de..... de 2013

Ciente: _____

Assinatura e nº de registro do paciente/responsável

APÊNDICE IV

TEXTO/SUBSIDIÁRIO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE)

I. INTRODUÇÃO

O trauma cranioencefálico (TCE) é entidade grave e frequente. A cada 15 segundos ocorre um novo caso de TCE e em consequência deste, um paciente morre a cada 12 minutos. Aproximadamente 50% das mortes em decorrência do trauma são devidas ao trauma encefálico e quando se considera as mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, mais de 60% delas são devidas ao TCE.

Várias são as causas do TCE: quedas, acidentes de trabalho, agressão física, acidentes domiciliares, queda de bicicleta, trauma no esporte, mas a mais frequente de todas, atualmente, é o acidente de tráfego. Destaca-se como acidentes relacionados ao trânsito, o acidente automobilístico e os atropelamentos.

II. ABORDAGEM GERAL

O princípio de abordagem do ATLS (*Advanced Trauma Life Suport*) é de corrigir em primeiro lugar as condições que mais ameaçam a vida do paciente:

A. Vias aéreas pérvias com controle da coluna cervical;

B. Respiração e ventilação;

C. Circulação com controle da hemorragia;

D. Incapacidade, estado neurológico;

E. Exposição do paciente/controle do ambiente (evitar hipotermia).

Durante esta avaliação inicial, após detectados e corrigidos os ítens A, B e C, o médico irá avaliar o estado neurológico do paciente (escala de coma de Glasgow, avaliação das pupilas e determinação de déficits motores) e determinar a propedêutica a ser realizada:

1. Alta Hospitalar;
2. Observação na UBH (até 12 horas) e alta hospitalar;
3. Encaminhar para HUTRIN para realização de TC do encéfalo. (TC normal = retorna p/ UBH. TC alterada = permanece no HUTRIN).

S. E. S.
Fls: 1436
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

III. EXAME NEUROLÓGICO E CLASSIFICAÇÃO DO TCE

O exame neurológico na sala de emergência deve ser objetivo o suficiente para detectar as principais alterações neurológicas mas não deverá retardar o andamento da propedêutica e tratamento de patologias concomitantes. Este exame neurológico inicial deve ser detalhadamente anotado na folha de admissão porque servirá de base para exames subsequentes, permitindo uma análise quantitativa de melhora ou piora do paciente. Se o paciente está alerta e cooperativo e não queixa cervicalgia ou limitação à sua movimentação, pode ser retirarado o colar cervical. Se há confusão mental, coma ou qualquer queixa cervical, o colar deve ser mantido até que propedêutica radiológica exclua fraturas ou luxações cervicais. O exame objetivo consta na avaliação de três itens:

a. Nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow).

b. Função pupilar.

c. Detecção de déficit neurológico motora.

Nível de consciência: a Escala de Coma de Glasgow (ECG) foi desenvolvida para uniformizar e quantificar o exame neurológico, eliminando assim a subjetividade interpessoal. Compreende na pontuação somatória da avaliação da abertura ocular, melhor resposta motora e resposta verbal, variando de 3 a 15 pontos, como se segue:

ABERTURA OCULAR	(1-4)
	4. Espontânea
	3. Ao chamado
	2. À dor
	1. Não abre
MELHOR RESPOSTA MOTORA	(1-6)
	6. Obedece a comandos
	5. Localiza estímulo doloroso
	4. Flexão inespecífica
	3. Decorticação
	2. Descerebração
	1. Sem resposta
RESPOSTA VERBAL	(1 – 5)
	5. Orientado
	4. Confuso
	3. Palavras desconexas
	2. Sons incompreensíveis (geme)
	1. Sem resposta verbal

Segundo a escala EGC, classifica-se o TCE como:

□ leve (13 -15);

□ moderado (9 -12) ou grave (< 8).

Todo paciente com ECG < 8 (TCE grave) deve ser intubado para proteção de vias aéreas.

a. Avaliação pupilar: as pupilas são avaliadas pela simetria e pela sua resposta à luz. Uma diferença no diâmetro pupilar de mais de 1 mm é considerada anormal. Deve–se excluir trauma ocular direto, próteses, uso de colírios oftalmológicos, amaurose prévia que podem confundir o exame e uso de drogas.

b. Detecção de déficit neurológico motor: deve-se observar a movimentação espontânea do paciente, se há alguma assimetria ou limitação. A detecção desta assimetria pode ser realizada já no exame da ECG em relação à melhor resposta motora. O fato do paciente localizar o estímulo doloroso de um lado e descerebrar contralateralmente é de extrema importância ao exame e deve ser anotado. Se o paciente está alerta e orientado, podemos ainda quantificar o déficit: não move (0), contrações musculares (1), move no horizontal, mas não vence gravidade (2), vence gravidade (3), vence gravidade e oferece alguma resistência (4), normal (5).

Realizado este exame neurológico sumário e objetivo, já podemos classificar o paciente como TCE leve, moderado ou grave, anotando possíveis assimetrias pupilares e motoras e determinar a propedêutica adequada a ser realizada (ex: TC do encéfalo, RX ou observação apenas).

IV. PROPEDÊUTICA

O RX de crânio é eficiente método de triagem. Em pacientes com trauma leve sem perda da consciência e que se encontram com exame neurológico normal, mas com sinais externos de trauma craniano, o RX deve ser realizado.

Se o exame for normal, o paciente pode ser observado no hospital ou liberado com orientações. Mas se houver fratura craniana, a TC do encéfalo deverá ser realizada. Desta maneira, reserva-se a tomografia do encéfalo apenas aos pacientes que perderam a consciência no momento do trauma, que se encontra com Escala de Coma Glasgow abaixo de 14 ou que apresentem alterações ao RX.

S.E.S
Fls: 1437
Rubrica

O RX do crânio deve ser pedido nas incidências AP, perfil e Towne. A tomografia pode ser pedida com janela óssea (para melhor se detectar fraturas) e eventualmente com contraste venoso. Basicamente hematomas apresentam-se hiperdensos à TC do encéfalo e infarto e edema, hipodensos.

TCE 1448

V. CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS

Os pacientes vítimas de TCE devem ser observados de maneira rigorosa por uma equipe treinada. De preferência esta observação deve ser feita inicialmente na sala de politraumatizados e após propedêutica e estabilização do quadro, em unidade de terapia intensiva, se indicado.

Posição: Preferencialmente estes pacientes devem ser posicionados com cabeceira elevada (30 graus) para melhorar o retorno venoso e com isto evitar HIC. Em caso de vômitos, posicionar lateralmente para se evitar aspiração de secreções.

Observação: de sinais vitais e neurológicos devem ser realizados de uma em uma hora ou de 2 em 2 horas. Qualquer anormalidade deve ser prontamente relatada.

□ Sonda vesical de demora e sonda nasogástrica nos pacientes comatosos.

□ Dieta suspensa.

Analgésicos/Antitérmicos/Antieméticos: Administra-se dipirona e metoclopramida de rotina, pois sabe-se que a dor, hipertermia e um episódio de vômito pode aumentar a PIC e ser até o evento precipitante de uma piora neurológica.

Proteção mucosa gástrica: o paciente vítima de TCE está sob risco de desenvolver úlcera de stress, e por isto administra-se Ranitidina oral ou venosa de 12/12 horas.

Anticonvulsivante: é administrado de rotina para prevenção de crises convulsivas naquelas lesões sabidamente irritativas ao sistema nervoso, como exemplo as contusões cerebrais, HSDA, fratura com afundamento, trauma penetrante, HSAT, entre outras. É administrado para tratamento de qualquer paciente, independente da lesão, que tenha apresentado um episódio de crise convulsiva após o trauma. Utiliza-se de rotina a fenitoína (250 mg/5 ml).

Administra-se uma dose de ataque de 15-20 mg/kg e manutenção de 5 mg/ kg dia, de 8/8 horas. Para cessar a crise inicial administra-se Diazepam 10 mg EV, devendo observar a depressão respiratória.

Manitol: trata-se de um agente hiperosmolar que reduz de maneira transitória a PIC. Não deve ser administrado em pacientes com hipotensão arterial. Atualmente reservamos seu uso como medida de urgência para um paciente que chega à sala de emergência com sinais iminentes de herniação cerebral e que ainda vai submeter-se à propedêutica. Neste caso, administra-se na dose de 0,25 a 1g/Kg, em bolus. Corticoide não é indicado no paciente com TCE.

Hiperventilação: pode-se hiperventilar o paciente para diminuir a PCO2 cerebral com consequente vasoconstrição e diminuição da PIC. Não deve ser realizada empiricamente pois esta vasoconstrição pode ser maléfica a ponto de causar isquemia cerebral. Estes pacientes devem estar no CTI, com monitor de PIC e PIA para se calcular a PPC. Deve-se passar um cateter de bulbo de jugular para se medir a diferença de O2 que entra no compartimento craniano (gasometria arterial) e que sai pela jugular (saturação de O2 jugular – SJO2). Com isto podemos otimizar a hiperventilação de modo a evitar a isquemia cerebral.

VI. PROTOCOLOS DE INDICAÇÃO PARA TC/CTI E MONITORIZAÇÃO DA PIC

Indicação de TC: Glasgow < 15 – Presença de déficit neurológico; Sinais de fratura no RX crânio; Cefaleia/vômitos persistentes. Glasgow 15, mas perda da consciência > 5 minutos no momento do trauma.

Indicação de CTI: Glasgow < 12 – Pós-operatório cirurgia craniana (exceto afundamento craniano e HEDA). Deterioração neurológica progressiva.

Trauma sistêmico grave. Necessidade de monitorização de PIC

Indicação para monitorização da PCI: Glasgow < ou igual a 8, independente do achado tomográfico

Pós-operatório de contusão cerebral, HSDA ou hematoma cerebral

Pós-operatório de HEDA se o paciente não acordar após 6 horas.

Glasgow 9 -13 se TC com sinais de HIC, lesão intraparenquimatosa ou desvio de linha média > 5 mm.

Glasgow 8 -12 se:

Necessita sedação para trauma sistêmico grave

Trauma torácico que necessite ventilação mecânica prolongada.

S.E.S.
Fls: 1438
Rubrica

TIPOS DE MONITORIZAÇÃO DE PIC:

Subdural – Richmond

Parenquimatoso – Fibra óptica

Cateter intraventricular

TCE 1449

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Manual de Suporte Avançado de Vida no Trauma – ATLS. Colégio Americano de Cirurgiões. Oitava edição, 2008.

2. Merrit HH. A textbook of Neurology. Philadelphia, Lea and Febiger, 1973. 84

3. Stávale MA. Bases da terapia intensiva neurológica. São Paulo, 1a edição, Santos 1996.

4. Narayan RK, Wilberger JE, Povlishock JT. Neurotrauma. McGraw-Hill, 1995.

5. Braakman R. Survey and follow-up of 225 consecutive patients with a depressed skull fracture. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1972; 35:395-402.

6. Jennett B. Epilepsy after non-missile head injuries. London, A William Heinemann Medical Books, 1975.

7. Jennett B, Miller JD, Braakman R. Epilepsy after nonmissile depressed skull fracture. J Neurosurg, 1974.

8. Cooper PR. Head Injury. Third edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 1993.

9. López M. Emergências Médicas, quinta edição, Rio de Janeiro, Guanabara, 1989: 714-726.

10. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery, third edition. Lakeland, Greenberg Graphics, 1994.

TCE 1450

S.E.S. Fls: 1439

6.2.4 CUIDADOS COM O PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA OU SUSPEITA DE MORTE ENCEFÁLICA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE

RESPONSÁVEL

NOVEMBRO, 2013

TCE 1451

S. E. S.
Fls: 1440
6
Rubrica

INTRODUÇÃO / RACIONAL

O Brasil está inserido no cenário mundial dos transplantes de órgãos há cerca de 40 anos. 90% destes procedimentos ocorrem através do Sistema Único de Saúde. A relação adequada de doadores por milhão da população (pmp) no mundo gira em torno de 16. No Brasil houve um decréscimo nos últimos dois anos de 7 doadores pmp para 5,8 doadores pmp. O número de possíveis doadores não diminuiu, entretanto, de alguma forma os cuidados pouco adequados inviabilizam os testes necessários para a confirmação da morte encefálica a tempo de ocorrer doação e, geralmente, os possíveis doadores evoluem para falência múltipla de órgãos e sistemas com parada cardiorrespiratória.

O diagnóstico de morte encefálica é normatizado pela resolução CFM nº. 1.480/1997 e uma sucessão de leis desde 1968 até a atual Lei 10.211 de março de 2002.

OBJETIVOS

Capacitar a equipe médica para a busca ativa e identificação de pacientes em ME. Habilitar a equipe médica a realizar os protocolos de diagnóstico de confirmação e teste de apneia.

Habilitar a equipe médica e de enfermagem aos cuidados intensivos aos pacientes com suspeita clínica ou já com diagnóstico de ME.

Habilitar a equipe médica e de enfermagem a prever e reconhecer as principais complicações nos pacientes com suspeita clínica ou em ME para pronta reversão das mesmas.

Habilitar a equipe médica e de enfermagem para estabelecer o diagnóstico de ME em, no máximo, 30 horas em pacientes com sedação prévia e em 12 horas naqueles sem sedação.

Habilitar a equipe de saúde quanto à consciência cívica do papel da doação, mas sem interferir no processo de captação que cabe ao CNCDO, uma vez que configura conflito ético o médico assistente interferir no processo de doação.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

MATERIAL E EQUIPAMENTOS

1. Monitor padrão com módulos de entrada para registro eletrocardiográfico, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, pressão venosa central, pressão intra-arterial e temperatura corporal externa e interna;
2. Módulos e domes para entrada de dados de monitorização como os citados acima;
3. Cateteres em silicone com dupla via para linha venosa central e arterial pela técnica de Selding;
4. Bomba de infusão de medicamentos capaz de trabalhar com volumes pequenos como 0,5 ml/hora;
5. Cateteres para bomba de infusão para fluidos e medicamentos;
6. Estoque de equipo fotossensível;
7. Cateteres para infusão de medicamentos e suas adaptações de vias;
8. Estoque de agulhas (13x4, 25x7, 25x8 e 40x12);
9. Estoque de jelco (24, 22, 20, 18, 16 e 14);
10. Estoque de seringas (1, 3, 5, 10 e 20 ml);
11. Estoque de sondas nasogástricas (14, 16, 18 e 20);
12. Estoque de sonda vesical de demora e sistema coletor fechado (10, 12, 14 e 16);
13. Tubos orotraqueais (5, 5.5, 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5, 9 e 9.5);
14. Ventilador mecânico com capacidade de monitorizar volume e pressão;
15. Manta térmica para aquecimento através de circuito de ar;
16. Aparelho de microondas para aquecer fluidos;
17. Estoque de fita adesiva e fita antialérgica (micropore);
18. Estoque de pacotes de gazinha, gaze aberta e compressas cirúrgicas estéreis;
19. Estoque de caixas de luvas de procedimentos;
20. Estoques de luvas estéreis (6.5, 7, 7.5, 8 e 8.5);
21. Estoque de gorro, máscara e propé descartáveis;
22. Estoque de capotes e campos estéreis para procedimentos;
23. Manter sempre duas bandejas de pequenos procedimentos disponíveis;
24. Estoque de soluções iodadas degermantes, tópicas, álcool 70% e clorexidine;

S. E. S.
Fls: 1441
Rubrica

25. Estoque de soluções para infusão como: frascos de 500 e 1000 ml de água bidestilada, frascos de 500 ml de ringer lactato, soro glicosado isotônico e soro fisiológico 0,9%;

TCE 1452

26. Estoque de soluções de coloide sintético em frascos de 500 ml;

27. Estoque de substância de controle eletrolítico como:

a. NaCl 10% frascos de 10 ml. b. KCl 10% frascos de 10ml.

c. Sulfato de magnésio 50% frascos de 20 ml.

d. Gluconato de cálcio 10% frascos de 20 ml.

e. Bicarbonato de sódio 8,4 mEq frascos de 250 ml.

f. Glicose hipertônica 50% frascos de 10 e 20 ml.

g. Frasco ampola de insulina regular com 10 ml e 100U/ml.

28. Estoque de substâncias vasoativas:

a. Dobutamina 1 ampola de 20 ml (12,5mg/ml): cada duas ampolas diluídas em 460 ml de soro, correspondem a 1000 µg/ml.

b. Dopamina em 1 ampola com 10 ml com 5 mg/ml. Quando diluídas duas ampolas em 480 ml de soro corresponde a 200 µg/ml.

c. Noradrenalina: 1 ampola (na forma de bitartarato) com 4 ml contém 4 mg. A ser preparada de acordo com a seguinte fórmula: velocidade de infusão (ml/h) = dose (µg/kg/min) x peso x 60 + concentração da solução em µg/ml.

29. Outras drogas:

a. Nitroprussiato de sódio (Nipride®): 1 frasco ampola = 50 mg + 2ml de SGI5% (diluente). O cálculo da diluição para 24 horas deve ser feito conforme segue: peso do paciente x taxa de infusão em (µg/ kg/min) x 1,44 divididos.

25. Rediluir esse volume em SGI5% para completar o volume a ser usado em 24 horas.

b. Dipirona sódica ampolas com 2 ml contendo 500 mg/ml. Diluir em 8 ml de ABD.

c. Desmopressina (DDAVP). Spray nasal com 0,1 mg/ml ou ampola com 4 µg/ml.

d. Hidrocortisona. Frasco ampola contendo 100 e 500 mg.

e. Ranitidina em ampolas contendo 50 mg a serem diluídas em 18 ml de ABD.

Cuidados com o paciente em morte encefálica ou suspeita de morte encefálica.

PESSOAL NECESSÁRIO

1. MÉDICO (A): responsável por Serviço de Assistência á vida.

a. Responsável por rever os protocolos.

b. Responsável por passar visitas nos leitos, ajudando a equipe a se manter atualizada e estimulada.

c. Responsável por representar os interesses desse tipo de atendimento aos coordenadores e à direção.

d. Profissional responsável pela orientação das equipes que acompanhem, porventura, pacientes em ME.

2. MÉDICOS(AS) PLANTONISTAS:

a. Responsáveis pelo andamento dos plantões, pelos cuidados intensivos de cada um dos pacientes em suspeita clínica de morte encefálica.

b. Responsável por manter relação estreita com a família, fazendo a ponte com o MG Tx e com a Neurologia por ocasião do segundo teste.

c. É desejável ter perfil dinâmico e compreender a importância do seu papel na sociedade.

3. NEUROLOGISTAS/NEUROCIRURGIÕES:

a. Fazem parte diretamente da equipe e são responsáveis pelo diagnóstico de morte encefálica, analisando o EEG e realizando o segundo teste de apneia, seis horas após o primeiro teste, independentemente da hora.

4. ECOCARDIOGRAFISTA:

a. Médico especialista disposto a levar com sua equipe o aparelho de ecocardiografia ao local da realização do exame, devido à instabilidade clínica dos pacientes para o transporte.

5. INFECTOLOGISTA (CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR):

a. Deverá ser chamado para discussões que envolvam o seu parecer nos casos de infecções e necessidade de uso racional de antibioticoterapia pelos possíveis e potenciais doadores.

S. E. S.
Fls: 1442
Rubrica

6. MÉDICO(A) COORDENADOR GERAL DO PLANTÃO:

a. Responsável pela intermediação entre os especialistas quando necessário.

7. MÉDICO (A) RESIDENTE:

TCE 1453

a. Poderá ser convidado a passar período de treinamento .

b. Desenvolverá habilidades técnicas para procedimentos invasivos.

c. Participará de atividades teóricas para o trato com a perda (morte), humanização, discussões sobre o manejo de pacientes com suspeita clínica e morte encefálica, capacitação em realizar o primeiro teste de apneia, aspectos psicológicos da morte e a importância da doação de órgãos como única alternativa de tratamento para alguns pacientes.

8. ENFERMEIRO (A):

a. Responsável pelo check list dos equipamentos.

b. Responsável pela organização e gerenciamento da equipe de enfermagem por ocasião da admissão, manutenção dos pacientes e doação.

c. Responsável por receber equipes para visita técnica e treinamento dos acadêmicos de enfermagem.

9. AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM:

a. Profissionais treinados para lidar com pacientes de terapia intensiva.
Devem ser dinâmicos e bem dispostos, mantendo os cuidados e a monitoração contínua desses pacientes, entendendo a importância do seu trabalho.

b. Equipe treinada para a função de multiplicadores quanto a importância do atendimento adequado a esse grupo de pacientes.

10. FISIOTERAPEUTAS:

a. Envolvidos no auxílio aos pacientes com complicações respiratórias como por exemplo: os que sofreram trauma torácico associado, aqueles com produção abundante de secreção seja por infecção ou outras razões, aqueles com quadros de atelectasia e outros cujo médico assistente julgar necessário solicitar apoio.

11. PSICÓLOGOS:

a. Responsável pelo auxílio e apoio às famílias e aos profissionais diante das perdas.

b. Devem estar presente durante as visitas e durante o boletim médico.

c. Atender os filhos menores de pacientes internados e estabelecer junto às famílias a possibilidade ou não de visita.

12. ASSISTENTE SOCIAL:

a. Responsável pela organização da visita aberta e humanizada.

b. Responsável pelo acolhimento de famílias sem recursos e vindas do interior.

c. Responsável pelas informações de procedimentos junto ao IML e ações em cartório no caso de morte não violenta.

13. EQUIPE DO REGISTRO E PORTARIA:

a. Profissionais treinados como já descrito em projetos voltados a humanização no auxílio da visita aberta e humanizada.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

ATENDIMENTO AOS PACIENTES

ADMISSÃO NA SAV (SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À VIDA)

Procedimentos Iniciais

É essencial que a equipe seja representada por um coordenador, responsável em reunir sua equipe nas ações de um protocolo, capaz de estabelecer rapidamente o diagnóstico de ME. A equipe deve ter um coordenador pró-ativo, sempre atualizado, dinâmico, envolvido na busca ativa e condução dos casos, independentemente do setor onde o paciente estiver.

É preciso reconhecer um possível doador como um paciente em que há suspeita clínica de morte encefálica ainda não confirmada. São aqueles pacientes com ECG 3, sem reflexos de tronco e sem sedação por mais de 24 horas.

S. E. S.
Fls: 1443
Rubrica

Como potencial doador, o diagnóstico de ME deve ser estabelecido com dois testes de apneia, sendo um deles realizado pelo neurocirurgião e o outro pelo registro em silêncio do EEG. Para fins de acompanhamento ambos devem ter o mesmo tratamento intensivo e cuidados. Ao serem admitidos como pacientes de SAV, UTI ou outra unidade, os seguintes passos devem ser seguidos:

TCE 1454

1. Confirmar o diagnóstico que causou a ME;
2. Checar se há exame de imagem. Por exemplo, tomografia de encéfalo;
3. Confirmar a Escala de Coma de Glasgow e seu valor 3;
4. Confirmar a inexistência de reflexos de tronco ou supraespinhais;
5. Monitorar o paciente (inicialmente monitoração não invasiva).
6. Avaliar o posicionamento do tubo orotraqueal e se há necessidade de trocá-lo;
7. Avaliar os parâmetros da ventilação mecânica e se há necessidade de ajustá-los;
8. Passar SNG e mantê-la aberta em coletor;
9. Passar SVD em sistema fechado;
10. Realizar a bateria de exames estabelecidos para a admissão na tabela 1;
11. Realizar procedimentos para monitoração invasiva:

a. Puncionar acesso venoso central para medida de PVC e se houver a necessidade administrar droga inotrópica;

b. Puncionar acesso arterial para medida de pressão intra-arterial.

12. Após a higiene dos olhos com soro fisiológico 0,9%, manter as pálpebras cerradas com fita antialérgica (micropore) e pingar uma gota de colírio de lágrima artificial a cada seis horas.

TESTES COMPLEMENTARES UTILIZADOS PARA DOADORES DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS:

Tabela 1 – Exames
Gerais e obrigatórios para todo doador de órgãos **Eletrólitos:** (Na, K, Cl, Ca, Mg, P), hemograma, gasometria arterial, ureia, creatinina, duas amostras de hemocultura em sítios diferente.
Doador de fígado: AST, ALT, GGT, FA, bilirrubinas, LDH, coagulograma.
Doador de rins: EAS, urocultura.
Doador de coração: CPK-MB, troponina, ECG 12 canais, ecocardiografia e, se acima de 45 anos, cineangiocoronariográfia.
Doador de pâncreas: amilase, lipase.
Doador de pulmões: gasometria arterial, RX de tórax.

Sorologia: responsabilidade CNCDO

CONFIRMAÇÃO DA MORTE ENCEFÁLICA (ME)

A morte encefálica é um processo irreversível. Para caracterizar a morte encefálica é necessário que:

1. O paciente esteja em ECG 3 por causa conhecida, ausência dos reflexos supraespinhais e sem sedação há mais de 24 horas;
2. Que seja feito um registro de imagem com, pelo menos, tomografia computadorizada ou outro registro que possa caracterizar a morte encefálica, como o eletroencefalograma;
3. Realizar dois testes de apneia. Um deles é realizado por um médico neurologista ou neurocirurgião, conforme a Resolução do CFM nº 1.480/1997 e seguindo protocolo já estabelecido para o diagnóstico de morte encefálica .

AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica visa evitar as principais complicações descritas na literatura. Os possíveis doadores devem ser monitorados clinicamente de forma invasiva e complementar de acordo com os seguintes parâmetros:

Monitorização
Frequência cardíaca
Temperatura axilar
Oximetria
Pressão venosa central
Pressão intra-arterial
Diurese e balanço hídrico
ECG
Gasometria
Íons (Na, K, Cl, Mg, P, Ca)
Dados de ventilação mecânica e suas alterações

Essa monitoração deve ser anotada sistematicamente de hora em hora e corrigida para evitar transtornos metabólicos de difícil correção.

ITENS DE CONTROLE

Os itens de controle serão avaliados a partir do seguinte tripé: atenção da equipe médica e de enfermagem; satisfação da família ou responsáveis pelos pacientes com acolhimento humanizado e o aumento da captação pelo MG Tx.

1. 65% dos diagnósticos de ME são fechados em 30 horas se o paciente estiver sedado, e em 12 horas se ele estiver sem sedação;
2. Índice superior a 65% de satisfação. Resultado obtido em questionários aplicados aos familiares e responsáveis. Na escala, a pontuação 6 significa excelente;

S.E.S. Fls. 1444

3. Comparação dos resultados antes e após a utilização do POP. Aumento de 65% da captação em um ano.

TCE 1455

SIGLAS

BIC - Bomba de Infusão Contínua

CNCDO - Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

ME - Morte Encefálica

MG Tx - MG Transplantes

PIA - Pressão Intra-arterial

PVC - Pressão Venosa Central

SAV - Serviço de Assistência à Vida

SEC - Setor de Emergências Clínicas

SRPO - Sala de Recuperação Pós-operatório

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

CPK - Creatinofosfoquinase

CPK-MB - Creatinofosfoquinase Fração MB

ALT - Alanina Aminotransferases

AST - Aspartoaminotransferases

FA - Fosfatase Alcalina

LDH - Desidrogenase Lática

GGT - Gama Glutamil Transferase

ECG - Escala de Coma de Glasgow ou Eletrocardiograma, dependendo do contexto

REFERÊNCIAS

1. Pereira, WA. História dos Transplantes in Pereira, WA. Manual de Transplante de órgãos e tecidos. Guanabara Koogan. 2004. 3ª. Edição

2. Cardoso, MA e Matos, NA. Aspectos legais e éticos in Pereira, WA. Manual de transplantes de órgãos e teci- dos. Guanabara Koogan. 2004. 3ª Edição.

3. ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. 2006. Ano XII. Nº. 1. B

4. Almenar-Pertejo, M, Almenar, L, Martinez-Dolz, L, Campos, J, Galán, J, Gironés, P, Salvador, A. Study of the evolution of the clinical profile of heart donors. Transplantation Proceedings. 2006.

5. Pereira, WA, Fernandes, RC, Soler, WV. I reunião de diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. 2003.

6. Ribeiro de Castro, MC, Nothen, RR. Atividade de doação de órgãos em unidades de tratamento intensivo (UTIs). 2005. Publicação da ABTO.

7. Wijdicks, EFM and Atkinson, JLD. Brain Pathophysiolologic Responses to Brain Death in Brain Death. 2001.

8. Schnuelle P, Berger S, De Boer J, et al: Effects of catecholamine application to -dead donors on graft survival in solid organ transplantation. Transplantation 2001.

9. Marques RG, Rogers J, Chavin KD, et al: Does treatment of cadaveric organ donors with desmopressin increase the likelihood of pancreas graft thrombosis? Results of a preliminary study. Transplant Proc 2004.

10. Roels L, Pirenne J, Delooz H, et al: Effect of triiodothyronine replacement therapy on maintenance characteristics and organ availability in hemodynamically unstable donors. Transplant Proc, 2000.

11. Perez-Blanco A, Caturla-Such J, Canovas-Robles J, et al: Efficiency of triiodothyronine treatment on organ donor hemodynamic management and adenine nucleotide concentration.

Intensive Care Med, 2005.

ANEXOS/LINKS

I – www.abto.org.br

II – www.unos.org

III – www.transweb.org

IV – www.msc.es/ont/ing

V – www.eurotransplant.nl

VI - www.portalmedico.org.br

VII – www.irwinandrippe.com

S. E. S.
Fls: 1445
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1456

TEXTO SUBSIDIÁRIO

I - INTRODUÇÃO

O indivíduo com suspeita clínica de ME é um paciente grave, geralmente neurológico, que necessita de cuidados específicos de suporte intensivo, sem que necessariamente ocupe um leito de UTI. A alta demanda por leitos de UTI é um dos fatores para criação da SAV.

Conceitualmente indivíduos com suspeita clínica de ME são considerados pelo CNCDO como possíveis doadores e naqueles em que o diagnóstico de ME já foi estabelecido, são considerados potenciais doadores.

Entre a suspeita clínica e a confirmação da ME esses pacientes estão sujeitos há uma série de distúrbios metabólicos, inflamatórios, hidro- eletrolíticos e ventilatórios que deverão ser diagnosticados e corrigidos constantemente. O objetivo principal é a manutenção da perfusão tecidual.

II - ABORDAGEM GERAL

A SAV

A existência de um serviço "especializado" não é uma condição para o acompanhamento adequado de um paciente em ME. Eles podem ser bem atendidos na sala de emergência, conhecida como "POLI", na Sala de Recuperação Pós Operatória e na Unidade de Terapia Intensiva. A criação da SAV é apenas uma alternativa pela alta demanda por leitos na UTI e rotatividade no "POLI" e na "SRPO". Um SAV tem a capacidade de três leitos para o atendimento destes pacientes em ME e haverá momentos em que a demanda poderá ser maior e pode estar junto a UTI Neurológica. As equipes deverão estar treinadas para esse atendimento independentemente do local onde atendem. Esta é a importância do protocolo: servir as equipes de atuação específica ou não.

O problema é a condução desses casos, onde há falência de múltiplos órgãos e sistemas antes mesmo de encerradas as etapas, para o diagnóstico de morte encefálica. A proposta desse protocolo é orientar como devem ser os cuidados com os pacientes neurológicos graves, com suspeita clínica de morte encefálica, e pacientes já diagnosticados com morte encefálica. Pode ser considerado como um roteiro para a equipe clínica.

É preciso identificá-los, ser capaz de concluir os testes confirmatórios de morte encefálica de acordo com a Resolução do CFM Nº. 1.480/1997, e prosseguir com os cuidados.

É importante salientar que são pacientes graves que podem ou não se tornar doadores de múltiplos órgãos.

Esses pacientes necessitam do suporte intensivo das equipes interdisciplinares, uma vez que 80% deles desenvolvem parada cardíaca dentro de 48 a 72 horas de morte cerebral.

O SAV (Serviço de Assistência à Vida) funcionará nas dependências do **HUTRIN** na mesma área física da UTI Neurológica com três leitos com estrutura básica de terapia intensiva, com monitores de ECG, oximetria, PVC, PIA, temperatura, frequência respiratória e ventiladores mecânicos, além do suporte do laboratório 24 horas. Os médicos plantonistas que prestam assistência à SAV são os mesmos da UTI Neurológica.

Acompanhamento Clínico

O paciente em morte encefálica encontra-se em franco processo inflamatório e em estado de desequilíbrio entre reações inflamatórias (SIRS) e anti-inflamatórias (CARS).

Quando há desequilíbrio na função hipotalâmica, intolerância à glicose, alteração na regulação da temperatura, na peristalse, pressão arterial, etc; é obrigatório suspender a dieta pela atonia intestinal, manter uma fonte de carboidrato e controlar a glicemia através da insulinoterapia. O controle da hipernatremia deve ser feito com DDAVP (Desamino-8-1-Arginina-Vasopressina) 1 a 2 µg a cada 8 a 12 horas e solução de NaCl a 0,45%. A elevação da diurese pode estar relacionada a hiperglicemia com cifras maiores que 180 mg/dl que induzem à diurese osmótica e à piora do desequilíbrio hídrico. Nesse caso, é necessário um tratamento contínuo com insulina (1U/hora) para manter a glicemia entre 120-180 mg/dl, e administrar a glicose para evitar as perdas do estoque do glicogênio intra-hepático.

Os processos de inflamação podem resultar em falência múltipla de órgãos, que pode ser reduzida com corticoide contínuo em BIC ou intermitente, ou com hormônio tireoidiano T3 4µg bolus, seguido da infusão de 3 µg/h contínuo.

S. E. S.
Fls: 1446
Rubrica

A hipotermia inviabiliza o teste de apneia. O objetivo, nesse caso, é manter a temperatura em torno de 35 °C – e o limite de temperatura axilar para o teste de apneia é de 32.2°C. Para controlar a temperatura, deve-se, através de soluções aquecidas, umidificar a ventilação mecânica com infusões de soro fisiológico 0,9% aquecido na bexiga e manta térmica. São pacientes que, dependendo da causa da morte encefálica, podem ter anemia aguda e quedas da hemoglobina e do hematócrito. O objetivo é mantê-los acima de 10 g/dl e 30%, respectivamente. Mas, como a evolução desses pacientes é muito dinâmica, eles devem ter acompanhamento clínico laboratorial periodicamente. Os pacientes sofrem constantemente alterações endócrinas e metabólicas, assim como em seu equilíbrio hidroeletrolítico. A hipofosfatemia e a hipocalcemia provocam a diminuição da contratilidade do miocárdio e hipotensão, e devem ser prontamente corrigidas. A hipocalemia e hipomagnesemia resultam em alterações hemodinâmicas e arritmias, e também devem ser ajustadas. Por causa dessas alterações, 25% dos doadores em potencial evoluem com parada cardiorrespiratória.

A perfusão renal adequada é percebida com diurese de 1 a 2 ml/ kg/hora e pode ser estimulada através do uso de furosemida ou manitol. 80% desses pacientes desenvolvem diabetes insípidus que é diagnosticada quando a diurese ultrapassa o volume supracitado por hora ou cifras de 300 ml/hora que equivale a 7 ml/kg/hora associado à hipernatremia (Na > 150 mEq/l) com osmolalidade sérica > 310 mOsm/l e Na urinário baixo (< 10 mEq/l), seguido de hipocalemia, hipocalcemia e hipomagnesia.

Nos casos de choque misto neurogênico e hipovolêmico recomenda-se inicialmente dopamina até 10 µg/kg/min, de maneira que a fração de ejeção não fique menor que 45%. Dessa forma, evita-se a dobutamina com o aumento do consumo de O2 e a noradrenalina, provocando a vasoconstrição esplâncnica importante.

Quanto ao equilíbrio respiratório e ácido básico recomenda-se peep fisiológica sempre em torno de 5 cm de água, volumes de ventilação menores, em torno de 6 ml/kg FiO2, suficiente para manter PaO2 de 100 mmHg. Se houver acidose importante (pH < 7,1 ou 7,0), pode ser necessário o uso de bicarbonato.

COMPORTAMENTO FRENTE À FAMÍLIA

As famílias que estão diante de tragédias pessoais, vivendo a perda inesperada de entes queridos, devem ser tratadas por profissionais treinados, através de equipes interdisciplinares, com envolvimento permanente das equipes de psicologia e do serviço social. As visitas abertas principalmente aos parentes de primeiro grau e outros casos a serem estudados não interferem na dinâmica dos cuidados, muito pelo contrário. Atualmente, protocolos como os do American Heart Association do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, ACLS, estimulam, em alguns casos, a presença de algum membro da família durante as tentativas de RCP. A presença da família observando os cuidados ao paciente em ME, tanto possibilita a abstração sobre o que é a ME, quanto a observação do empenho da equipe interdisciplinar no acompanhamento do seu ente querido. Esse acompanhamento tende a funcionar como um estímulo às autorizações para a doação de órgãos, quando os CNCDO são notificados e entram em contato com as famílias.

O MÉDICO E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE SALVAM VIDAS DIANTE DA MORTE INEVITÁVEL

Como profissional de saúde, o médico tem como objetivo principal salvar vidas. Às vezes, a impressão que se tem de um paciente em ME é de cuidar do fim e não do começo. Cuidar de um paciente em ME é cuidar de uma família que precisa do alívio do diagnóstico; cuidar de um paciente em ME é ajudar a salvar outras vidas. Vidas de pessoas que aguardam nas filas de transplantes e cuja única alternativa para continuar a viver, com uma melhor qualidade de vida ou uma vida produtiva, é recebendo um transplante. Aquele paciente em ME pode ser um doador. O profissional de saúde que compreende isso e abraça a causa sem preconceito entende que o seu dever é ético, profissional, técnico-científico e, acima de tudo, cívico.

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL RECOMENDADA

1. Wijdicks, EFM. Brain Death. 2001. Lippincott Williams & Wilkins.
2. Nothen, RR. A Doação de Órgãos no Cenário da Unidade de Terapia Intensiva. ABTO. AMIB. 2005.
3. Iwin and Rippe's. Intensive Care Medicine. 2008.
4. Braunfeld, MY. Cadaveric donor. 2004. Anethesiology Clin N Am. 22: 625-631.
5. Pereira, W. Manual Transplante de Ógãos e Tecidos. 2004.

GERIR

S. E. S.
Fls: 1447
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1458

6.2.5 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO: CONTENÇÃO FÍSICA DOS PACIENTES EM QUADRO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE

RESPONSÁVEL

NOVEMBRO, 2013

TCE 1459

S. E. S.
Fls: 1448
Rubrica

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A realização da contenção física deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados, para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível, devendo constar em um projeto terapêutico.

Sendo uma prática clínica comumente realizada em diversos países, variando a taxa de prevalência 0,25% a 59% em diversos estudos em pacientes psiquiátricos no setor de emergência , apesar de não existirem evidências cientificas sobre os benefícios e riscos dessa prática .

Para a decisão do uso ou não da contenção física é imprescindível se fazer uma avaliação rigorosa e global da situação do paciente, baseada no julgamento clínico, sendo necessária a prescrição médica. Deve haver envolvimento da equipe multidisciplinar, com paciente e quando possível, com a família. A utilização dessa técnica não deverá ocorrer de forma punitiva ou de intimidação de pacientes.

OBJETIVOS

Orientar os profissionais de saúde sobre as necessidades de utilização da contenção física a qual deve ser utilizada somente quando todas as opções terapêuticas de abordagem se mostrar insuficientes a esse paciente, bem como a utilização de técnica adequada e sempre que possível em ambiente terapêutico, fazendo necessário assim uma avaliação criteriosa e global da situação em que o paciente se encontra.

Proteger o paciente com alterações de comportamento ou consciência contra lesões e traumas (quedas contaminação de cateteres, dispositivos, feridas, dentre outros; deslocamento de dispositivos usados no tratamento, como sondas, drenos, cateteres, etc.) provocados por ele mesmo ou a outros e que gera a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido.

Visar à integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e dos profissionais de saúde, que prestam assistência a esse paciente. E que o procedimento seja realizado de forma humanizada.

SIGLAS:

- **CCPC**: Comissão Central de Protocolos Clínicos;
- **MMSSII**: Membros Superiores e Inferiores;
- **MMII**: Membros Inferiores;
- **MMSS**: Membros Superiores.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO:

- Avaliação criteriosa pela equipe multidisciplinar e posterior prescrição médica em prontuário eletrônico ou físico;
- Equipe médica e de enfermagem treinada para abordagem e realização e monitorização do procedimento;
- Ataduras de crepom;
- Lençol;
- Fita adesiva/esparadrapo/fita hipoalergênica. (s/n);
- Compressas de algodão ortopédico para proteção da pele;
- Faixas próprias confeccionadas pela unidade;
- Loção ou creme hidratante (idosos) s/n.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1- Macro Processo

- Técnica de contenção física que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros.

2- Tarefas Críticas

- Diante de situações de agressividade ou de comportamento de risco, deve-se considerar e particularizar os fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos disponíveis em cada unidade para atendimento às situações de urgência;
- Diagnosticar a etiologia do comportamento agressivo avaliando de forma rigorosa e global a situação de crise;
- Abordar o paciente com manifestação de comportamento agressivo com técnicas de comunicação clara, firme, transmitindo o desejo de ajudá-lo, estimulando-o a falar sobre seus sentimentos, tentando acalmá-lo;

S. E. S.
Fls: 1449
6
Rubrica

- Procurar manter distância adequada para proteção de ambos, pois independentemente do diagnóstico a violência pode representar um movimento defensivo do paciente contra sentimentos como o medo, fragilidade, desproteção, desamparo, violação ou abuso físico;
- Manter a intervenção verbal antes, durante e após todo o processo de contenção, explicando ao paciente o que está sendo feito, o motivo, os objetivos de tal procedimento. A comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática da e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente podendo estimular sentimentos de confiança entre ele e a equipe, permitindo-lhe experimentar a sensação de segurança e apoio;
- Preservar a privacidade do paciente durante todo o procedimento de contenção física;
- Manter o paciente contido em ambiente terapêutico em companhia permanente do acompanhante (quando possível) e sob supervisão da equipe de enfermagem para minimizar sua agressividade e tranquilizá-lo;
- Prestar cuidados de enfermagem como: vigilância constante do paciente, proporcionando conforto e proteção, avaliação de sinais vitais, avaliação da perfusão sanguínea, avaliação da presença de comorbidades clínicas, eficácia da restrição, presença e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas, de 30 em 30 minutos;
- O espaço físico destinado ao atendimento também deve ser organizado de maneira a aumentar a segurança do paciente e da equipe, ajudar o paciente a controlar seus impulsos violentos e evitar a progressão do comportamento violento. Deve-se atentar, por exemplo, para as características de móveis, objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas. Idealmente, o acesso à porta deve ter a mesma distância tanto para a equipe como para o paciente, porque alguns pacientes persecutórios podem sentir-se acuados se não tiverem acesso à saída, o que aumentaria o risco de agressão física;
- A retirada da contenção física deve ser realizada na presença de vários membros da equipe (após orientações ao paciente e na presença do acompanhante, se possível);

- As informações relativas à indicação (ato médico) e a técnica de contenção física, utilizada e todo plano assistencial e as ações da equipe multidisciplinar, devem ser detalhadamente registradas no prontuário do paciente, como sinais vitais, condições de conforto, segurança e eventuais intercorrências durante todo o procedimento (em impresso próprio);
- A equipe responsável pela contenção do paciente deverá preencher o Formulário para Monitoramento da Contenção Física (Anexo I) anexá-lo ao prontuário. A contenção física é um evento Sentinela.

3- Ações de contingência:

- A contenção física deverá ser realizada após discussão e avaliação da equipe presente quando da situação de urgência sendo prescrita por um médico no prontuário do paciente;
- Em situações de urgência os técnicos de enfermagem acompanhados pelo Supervisor de Enfermagem podem iniciar uma contenção física, devendo, em seguida, ser comunicado ao médico para avaliação e prescrição;
- Identificar lesões e/ou edemas e reavaliar necessidade da manutenção da contenção, caso necessário, modificar local da contenção;
- Comunicar intercorrências ao médico plantonista.

4- Procedimentos e Indicações

Psiquiátricas e Clínicas

- Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros (membros da equipe, familiares, e outros pacientes e que não responderam as intervenções menos restritivas) (Anexo II);
- Imobilização para prevenção de quedas após sedações ou quadros de confusão mental;
- Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;
- Por solicitação do próprio paciente e ou família para garantir diagnóstico e tratamento adequados, quando há risco de agitação psicomotora;

S. E. S
Fls: 1450
Rubrica
TCE 1461

- Para evitar quedas, seja em crianças, pacientes agitados, semiconscientes, inconscientes ou com convulsões;
- Nos casos de agitação pós-operatória, como em craniotomia;
- Para alguns tipos de exames ou tratamentos; para pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos, etc.

5- Abordagem inicial ao paciente agitado:

Para tornar o atendimento mais eficiente e seguro tanto para a equipe quanto para o paciente sugere-se:

- Colher o máximo de informações a respeito do paciente antes de abordá-lo;
- Estar alerta a riscos de violência iminente;
- Manter outra pessoa presente durante a entrevista com o paciente;
- Procurar criar aliança terapêutica com o paciente.

Avaliação inicial:

A avaliação inicial inclui anamnese, exame físico e do estado mental. Deve-se pesquisar o histórico de alergias, reações adversas a medicamentos, doenças de base e uso de substâncias (lícitas e ilícitas), além de pesquisar o histórico pessoal e familiar para transtornos mentais. Deve-se desta forma investigar a causa da agitação. Alguns sinais são indicativos e reforçam a hipótese de causa orgânica para a agitação, como ausência de transtornos psiquiátricos prévios, início agudo do quadro, flutuação do nível de consciência, desorientação temporal ou espacial e doença clínica subjacente conhecida (Lindenmayer e cols., 2004).

- Anamnese;
- Avaliação Psiquiátrica inicial: pelo menos diagnóstico diferencial dos grandes grupos nosológicos;
- (Orgânico, sintomático, álcool e drogas, distúrbio psiquiátrico primário) Sinais vitais;
- História pregressa, exame físico, prontuário, familiares, outros informantes;
- Sinais vitais.

Intervenção inicial:

- Escuta e acolhimento do paciente;
- Tentativa de continência pela palavra e por outros recursos como mudança de ambiente, privacidade, retirar do ambiente agentes estressores como familiares a fim de manter um ambiente terapêutico, ter um cuidado especifico nos casos de contenção em crianças e adolescentes;
- Oferecer assistência e cuidados em geral;
- Acolhimento, hospitalidade;
- Avaliar se o paciente está em risco de passagem ao ato, agressividade e agitação intensa.

Considerar os seguintes recursos frente ao risco de passagem ao ato:

- Abordagem pela palavra;
- Limitar o espaço físico;
- Tranquilização rápida preferencialmente medicamentos;
- Contenção física.

Técnica para a contenção física:

a. A contenção física é um procedimento limite utilizado unicamente para a segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes. Considerado um evento sentinela será monitorado na unidade pelo preenchimento do Formulário de Contenção Física. Tal procedimento deve ser realizado dentro de uma lógica clínica com responsabilização coletiva, respeito pelos pacientes e familiares. Sua utilização implicará na discussão pelas equipes das enfermarias e do Centro de Acolhimento de Crise do sentido de tal procedimento para cada paciente, suas consequências no Projeto Terapêutico do mesmo e seus efeitos;

b. Compete ao médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem orientar ao paciente, aos familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção física;

c. A contenção apenas será realizada a partir de prescrição médica e por tempo determinado não ultrapassando 2 horas;

S. E. S.
Fls: 1451
6

d. Nomear o condutor do processo de preferência um profissional de referência para o paciente ou alguém experiente. É o único profissional que se dirige ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente;

e. Necessário a presença de outros profissionais para a realização da contenção, de preferência cada profissional se responsabilizando por um membro. O condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento;

f. Realização da contenção em 4 a 5 pontos da seguinte forma.

Contenção de tórax:

- Dobrar o lençol em diagonal e redobrá-lo até formar uma faixa;
- Colocar a faixa sob as costas do paciente passando-a pelas axilas;
- Cruzar as pontas sob o travesseiro e amarrá-las no estrado da cabeceira da cama.

Contenção do abdome:

- Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, redobrando-os até formar duas faixas;
- Colocar um dos lençóis sobre o abdome e o outro sob a região lombar;
- Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;
- Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama.

Contenção dos joelhos:

- Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;
- Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;
- Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama.

Contenção de punhos e tornozelos - MMSS E MMII:

· Utilizar faixa própria para conter pacientes, confeccionada no Hospital;

· Pegar as pontas pelos dois centros;

· Formar com as mesmas um laço com nó;

· Fixar as pontas da faixa no estrado da cama.

Contenção das mãos - Luva ou Mitene:

· Colocar o algodão na parte interna das mãos;

· Fechar a mão do paciente;

· Proceder ao enfaixamento com crepom;

· Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem.

6- Avaliar a necessidade de elevação da cabeceira da cama nas seguintes condições

· Pacientes em quadro de confusão mental;

· Pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias;

· Avaliar nesses casos a possibilidade de também conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um MS e um MI).

7-Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea, observação do local da restrição (dor, calor, edema e ferimento) do paciente contido no ato da contenção, 30 minutos após e no ato da retirada da contenção, preenchendo o Formulário de Contenção Física.

8-A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário, relatando os fatos com clareza e objetividade (quadro apresentado, medidas tomadas, hora de contenção, cuidados prestados e hora da retirada da contenção). (ANEXO IV);

9-Registros:

· Formulário deve permanecer junto a cada posto de Enfermagem da unidade, na Sala dos Supervisores de Enfermagem;

· Anotação da enfermagem;

· Prescrição médica;

· Preenchimento formulário de Monitoramento da Contenção - **Anexo III**.

TCE 1463

S. E. S.
Fls: 1452
Rubrica

ITENS DE CONTROLE

Avaliação quantitativa e qualitativa das contenções físicas realizadas nos diversos dispositivos institucionais no período de 3 meses a partir dos dados do Formulário de Monitoramento de Contenção Física, com o objetivo de discussão com a equipe, do compartilhamento das medidas para a redução e prevenção das contenções físicas . O monitoramento das contenções deverá ser feito até a abolição das mesmas na instituição.

1. Número total de contenções / Número de pacientes atendidos na unidade no período.

2. Número de pacientes contidos no serviço de urgência/total de pacientes atendidos.

3. Número de pacientes contidos nas enfermarias/ total de pacientes atendidos.

4. Diagnósticos prevalentes dos pacientes contidos em relação aos demais diagnósticos.

REFERÊNCIAS

1. Araujo EM. et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2010.

2. Bernik W, Gouvea FS, Lopes,K.V. Agitação psicomotora. Revisão. Revista Brasileira de Medicina.2010.

3. Botega NJ. et al . Prevenção do comportamento suicida.Psico.2006).

4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental..

5. Dalgalarrondo P. "Síndromes Volitivo-Psicomotoras". Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais:Dalgalarrondo Artes Médicas. 2000.

6. Freitas PF. et al. Contenção física para unidade de pronto atendimento em saúde mental: revisão teórica ao modelo de protocolo XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação Universidade do Vale do Paraíba.

7. GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002.

8. LEI 10.216 DE 2001.

9.Lindenmayer JP. et al "Effects of atypical antipsychotics on the syndromal profile in treatment-resistant schizophrenia". Jornal Clinic Psychiatry. 2004 .

10. Paes MR. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral / Marcio Roberto Paes – Curitiba, 2009.

11 .Paes MR, Borba, LO, Brusamarello T, Guimarães NA, Maftum, MA. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009.

12. Portarias GM/MS nº 3.408 de 05 de agosto de 1998.

13. Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental – OMS 1991.

14. Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - Versão Hospitais Psiquiátricos.

ANEXO I

Formulário para o Monitoramento de Contenção Física

Nome do Paciente:		
Nº Prontuário:	**Idade:**	**Local da Internação:**
Leito:	**Data:** _____/_____/_____	**Hora:** :
Supervisor de Enfermagem:		
Equipe de Contenção:		
Descrição do Comportamento do Paciente:		
Descrever Alternativas Utilizadas antes da Contenção:		
Medicações prescritas na urgência:		

S. E. S
Fls: 1453
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1464

Motivos da Contenção Física:
- Risco de queda, após insucesso de outras medidas de proteção
- Agitação psicomotora, após insucesso de outras medidas
- Insucesso da medicação
- Agressividade
- Outros. Especifique: _____

Técnica Utilizada: _____

Avaliação Médica _____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura e Carimbo

Avaliação de Enfermagem (Técnicos de enfermagem)

Tempo	0'	30'	Ato da retirada da Contenção
Pulso			
P.A.			
F.R.			
Observações			
Assinatura/ carimbo			

Horário da contenção: _____:_____

Horário da retirada da contenção: _____:_____

EVENTOS ADVERSOS / COMPLICAÇÕES SURGIDAS NO PERÍODO DA CONTENÇÃO FÍSICA:
- Sem eventos
- Com eventos. Especifique: _____
- Desidratação
- Depressão respiratória
- Sintomas extra piramidais
- Convulsões
- Alterações da consciência
- Acidente cardiocirculatório
- Outros. Especifique: _____

_____

_____

_____

Data: _____/_____/_____

_____

Assinatura Supervisor de Enfermagem (nome legível com carimbo)

ANEXO II

Avaliação do paciente com quadro de agitação psicomotora

Araújo *et al.* (2010) corroboram que estudos epidemiológicos demonstraram que os portadores de transtorno mental são suscetíveis a episódios de agressividade e agitação, e na internação 18% a 25% deles apresentam esse comportamento. Entretanto, destaca-se que a maioria dos portadores de transtorno mental não são violentos.

Agitação psicomotora é uma emergência psiquiátrica, cuja intervenção terapêutica imediata é imperativa.

Caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade. A agitação pode ter um curso flutuante, podendo modificar-se rapidamente ao longo do tempo.

Pode ser dividida, segundo Dalgalarrondo (2000), em nove subtipos:

- Agitação maníaca: secundária a um intenso taquipsiquismo. O indivíduo se apresenta logorreico, inquieto, com ideias de grandeza e desinibição social;
- Agitação paranoide: secundária ao delírio paranoide e alucinações. O paciente se mostra desconfiado, hipervigilante, potencialmente agressivo e hostil, pronto para defender-se das possíveis ameaças que supostamente o cercam;
- Agitação catatônica: agitação impulsiva e intensa com movimentos repentinos e explosões agressivas
- Agitação no Delirium: com origem orgânica. Além da agitação e irritabilidade, o paciente se encontra obnubilado, não apreendendo o ambiente, desorientado no tempo e espaço, com fluxo confuso de pensamento;
- Agitação nas demências: secundária ao quadro demencial, podendo estar associado a episódios paranoides, obnubilação e piora das capacidades cognitivas;
- Agitação oligofrênica: devido à dificuldade em compreender o ambiente, o paciente com deficiência mental se constrange e desespera-se, entrando em estado de agitação podendo ficar hetero ou autoagressivo;

TCE 1465 S. E. S. Fls: 1454

- Agitação explosiva: associada a transtornos de personalidade do tipo explosivo, borderline e sociopático. Os pacientes, quando minimamente frustrados, reagem de maneira agressiva e explosiva, voltando a calma quando atendidas suas necessidades;
- Agitação histérica: agitação mais teatral e escandalosa, com sentido comunicativo;
- Agitação ansiosa: secundária a ansiedade e angústia extrema, o paciente se mostra irritado, tenso, andando rapidamente de um lado para o outro. Neste caso o risco de suicídio deve ser sempre considerado e as medidas de segurança rapidamente tomadas.

Devem-se considerar como diagnósticos diferenciais as entidades psiquiátricas primárias, condições médicas gerais e neurológicas conforme indicado abaixo:

Transtornos psiquiátricos primários	Transtornos neurológicos	Doenças clínicas gerais
Esquizofrenia	Demências (Alzheimer, Pick)	Doença Metabólica (hipoglicemia, distúrbios hidroeletrolíticos
Episódio maníaco do TAB	Acidentes Vasculares Encefálicos	Agentes tóxicos (metais pesados, drogas, venenos)
Abuso de substâncias e álcool	Encefalopatias	Doenças infecciosas
Transtornos de personalidade antissocial	Encefalopatias	Deficiências vitamínicas (B12, tiamina)
Transtorno de personalidade instável	Infecções do SNC (sífilis, HIV, herpes simples)	Distúrbios endócrinos (tireóide Cushing)
Retardo mental	Estados ictais, pós-ictais	Encefalopatia hepática e urêmica
Transtornos orgânicos gerais (demência, delirium)	Esclerose Múltipla Doença de Huntington Traumatismo craniano Doença de Parkinson	Lúpus eritematoso sistêmico

Buscando explicitar os sinais de comportamento violento e agressivo, Botega 2006 estabeleceu o seguinte quadro diferencial:

Sinais	Agressivo	Violento
Postura	Não senta. Age de forma claramente intimidadora. Faz ameaças verbais, fala palavrões, fala alto o tempo todo.	Anda de um lado para outro. Diz que vai agredir alguém presente naquele ambiente. Acabou de agredir alguém.
Psicomotricidade	Quase agitado. Esmurra a parede, gesticula muito. Quebrou objetos em casa.	Agitado. Tem algo nas mãos para se defender ou para agredir alguém. Esta quebrando objetos no ambiente.
Humor	Estar raivoso. Demonstra estar com ódio de todos, inclusive do entrevistador.	Estar furioso. Demonstra a decidida intenção de agir violentamente contra alguém.
Riscos	Muito alto.	Iminente.

ANEXO III

Registro de Contenção Física

Paciente:		**Prontuário:**
Data: ____/____/____	**Hora início da contenção:** ____:____	**Hora término da contenção:** ____:____
_____ **Ass./Carimbo Médico**	_____ **Ass./Carimbo Enfermeiro**	

Motivo da Contenção

1- Risco de Auto Lesão **2**- Risco de lesão a terceiros **3**- Risco de Fuga **4**- Fissura	**5**- Risco de queda **6**- Abstinência com agitação **7**- Outros: _____

Atuação para prevenir a contenção mecânica

1- Contenção verbal
2- Contenção química oral _____ parenteral _____

Atuação para prevenir a contenção mecânica

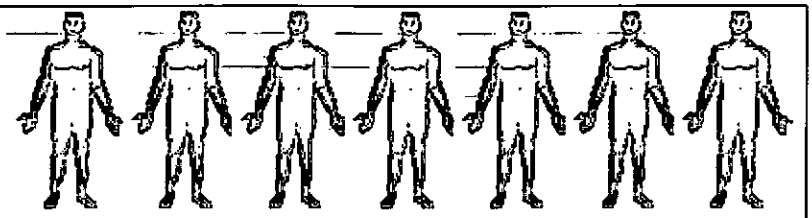
1- Contenção verbal
2- Contenção química oral _____ parenteral _____

Tratamento farmacológico administrado e dados vitais

Ver folha de prescrição de medicação do paciente e folhas de dados vitais da enfermagem.

S. E. S.
Fls: 1455
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Tipo de Contenção TCE 1466

1)Sem alteração 2)Melhora parcial 3)Piora 4)Melhora completa	
Controle de Horário	
Controle de melhora	

Relato de Efeitos Adversos
Medidas Tomadas

ANEXO IV
Fluxograma de Contenção

Material
- Compressas de algodão ortopédico;
- Loção ou creme hidratante (s/n);
- Atadura crepe;
- Esparadrapo ou fita hipoalergênica (s/n).

Pré-execução
- Avaliar a necessidade de contenção do paciente;
- Orientar o paciente e familiares/acompanhante quanto ao uso de contenção, as razões do seu uso, duração e possíveis complicações;
- Higienizar as mãos
- Reunir o material
- Inspecionar a região onde será feita a contenção

Restrição Física
- Imobilizar fisicamente o paciente com auxílio da equipe, evitando causar traumas ao paciente.contenção

Restrição Mecânica
- Lavar e secar a área a ser restringida;
- Aplicar loção ou creme hidratante se a pele (s/n);
- Dobrar a compressa do algodão em três
no sentido do comprimento e enrolar ao redor do punho ou tornozelo do paciente;
- Prender o conjunto com um nó e prender
as pontas soltas da atadura na cama.

Pós Execução
- Avaliar o paciente periodicamente a cada duas horas quanto ao seu comportamento, eficácia da restrição, presença de complicações e necessidade de manutenção ou associação de outras medidas terapêuticas;
- Anotar no prontuário do paciente informações com motivo das restrições, horário e tipo das restrições, reação do paciente, cuidados com as restrições e os membros restritos.

Obs.:
- Avaliar as restrições no mínimo 1x/plantão e trocá-la 1x ao dia ou se estiver suja, ajudar o paciente em relação a suas necessidades de nutrição, excreção, hidratação, higiene e etc;
- Monitorar as condições de pele e circulação nos locais e membros contidos, retirar as restrições do paciente.

TCE 1467

S. E. S. Fls: 1456

6.2.6 Manual de Normas e Rotinas

O **Instituto GERIR** quer explicitar e reafirmar que o Modelo Gerencial Proposto aponta os trabalhadores como sujeitos ativos no processo gerencial da unidade. Neste sentido as rotinas, normas e outros procedimentos da gestão devem ser elaborados conjuntamente: Instituto e Equipe da unidade. Apenas apresentamos alguns manuais já elaborados pelo **Instituto GERIR.**

Modelo de Manual de Normas e Rotinas com Revisão

Neste Manual apresentado há Indicação para Revisão Periódica. As normas não processuais e passiveis de alterações.

INSTITUTO	**Manual de Normas e Rotinas**	**Unidade:**	**Todas as Unidades do HOSP**
		Data desta Revisão:	
ROTINA	**SERVIÇOS DE ENFERMAGEM NA ÁREA HOSPITALAR 1. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**		
AGENTE	**Ação**		
Conceitos	- A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) compreende nas unidades: - Avaliação admissional - histórico e exame físico inicial; - Prescrição, evolução e diagnostico de enfermagem. - Cada unidade da instituição possui impresso próprio direcionado a sua realidade, porem todos devem realizar minimamente 3 etapas do processo.		
Enfermeiro da Unidade	- Realizar o SAE dos pacientes sob seus cuidados, conforme rotina interna do setor, obedecendo como critério o sistema de classificação de pacientes (resolução COFEN 293/04), priorizando os pacientes com maior gravidade; - Garantir minimamente uma evolução de enfermagem por dia, bem como as intercorrências devidamente registradas; - Supervisionar a execução do SAE para todos os pacientes, garantindo o cumprimento do protocolo de cuidados de enfermagem e o registro em impresso próprio. - Manter integração continua com as Gerencia de Enfermagem.		
Técnico de Enfermagem da Unidade	- Realizar cuidados conforme protocolo de cuidados de enfermagem e registrar suas atividades em impresso próprio. - Checar prescrição de enfermagem, medica, completar check-list, datar, assinar e carimbar adequadamente suas anotações.		

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HOSP
		Data desta Revisão:	
ROTINA	2. PASSAGEM DE PLANTÃO		
AGENTE	Ação		
Técnico de Enfermagem	- Chegar 15 minutos antes do inicio do plantão; - Passar o plantão no leito para o Técnico de Enfermagem escalado; - Relatar as intercorrências, exames pendentes, bem como os preparos para exames; - Passar a medicação (caixa de medicamentos) de cada paciente para o Técnico de Enfermagem que assume o plantão; - Observar a checagem da medicação na prescrição, conferindo com a caixa; - Checar condições gerais dos pacientes (sinais vitais, acesso venoso, etc.).		
Enfermeiro	- Chegar 15 minutos antes do inicio do plantão; - Passar o plantão no leito: intercorrências, exames pendentes, preparos para exames, avaliações pendentes, etc; - Relatar as pendencias da unidade: expurgo, carrinho de emergência, kits, falta de medicamentos e de materiais de consumo, manutenção, etc.		

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HOSP
		Data desta Revisão:	
ROTINA	3. LIMPEZA DA UNIDADE		
AGENTE	Ação		
Conceitos	- LIMPEZA TERMINAL DE UNIDADE – feita após a alta, óbito ou transferência do paciente. Envolve a lavagem das camas, limpeza de todos os equipamentos (monitores, painel de gazes, válvulas, escadas, suporte de soro, mesa de refeição, criado, bombas de infusão, respiradores, etc.); - LIMPEZA CONCORRENTE DE UNIDADE – deve ser feita em todos os equipamentos, duas vezes por plantão nas UTIs e 1 vez por plantão nas enfermarias, com pano limpo, agua e sabão e posteriormente com álcool a 70%.		

Funcionário da Higienização	- Utilizar para limpeza terminal e concorrente pano limpo com agua e sabão e outro com álcool 70%. - LIMPEZA TERMINAL GERAL: feita a cada 8 dias pela equipe de higienização em todos os setores, geralmente no período da tarde ou noite. Segue cronograma próprio do serviço de higienização que devera estar afixado no mural da unidade. - LIMPEZA DE JANELAS, VIDROS E SUPERFICIES ALTAS: feita uma vez por semana por funcionário da equipe de higienização; conforme cronograma. - LIMPEZA TERMINAL DE QUARTO: lava-se paredes, chão e cama, com agua e sabão, e solução desinfetante padronizada pela CCIH.
Técnico de Enfermagem Procedimentos	- LIMPEZA DE UNIDADE – limpeza terminal/concorrente; - Retirar roupas de cama e acondicionar em hamper; - Acondicionar em hamper separado quando isolamento, com saco plástico branco forrando o saco de tecido externamente, e identificar como "isolamento-contaminado"; - Retirar a bandeja auxiliar do leito (se houver) e desprezar o que estiver aberto: material de limpeza, pomadas, etc. Lavar e desinfetar com álcool 70%; - Retirar equipamentos e materiais – bomba de infusão, circuitos, manguitos, aspirador, nebulizador e ambus abertos, e encaminhar ao expurgo sujo. - Limpar na sequencia: 1. régua de gazes; 2. válvulas e fluxometros; 3. monitor e cabos de monitorização; 4. mesa de refeição; 5. supòrtes de soro; 6. respirador; 7. cama e colchão; 8. escada. - No expurgo: - Limpar as bombas de infusão: abrir e limpar os encaixes com gaze e álcool cuidadosamente para não danificar; - Lavar os manguitos, apenas com agua e sabão; - Desprezar secreções de frascos; - Traqueias e extensões: 1. Enxaguar para retirar excesso de matéria orgânica; 2. Colocar em solução desincrostante por 30 minutos; 3. Lavar; 4. Enxaguar; 5. Secar; 6. Encaminhar para Centro de Material e Esterilização. Obs.: Os setores que encaminham os materiais diretamente para a central de material devem acondiciona-los adequadamente em caixa plástica om tampa ou saco plástico branco.

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva.
		Data desta Revisão:	
ROTINA	4. 1. MONTAGEM DE UNIDADE UTI		
AGENTE	Ação		
Médico da UTI ou Semi-Intensiva	- Comunicar ao enfermeiro sobre a vaga cedida, se isolamento ou alguma outra orientação; - Testar o respirador mecânico.		
Enfermeiro da UTI	- Checar o leito, o aspirador, os monitores e o respirador mecânico; - Comunicar o médico sobre as condições do leito.		
Técnico de Enfermagem	- Montar o leito após limpeza com: 1.respirador com circuito estéril, mantendo a ponta fechada (não colocar agua no copo umidificador - apenas na admissão do paciente) 2.ambú estéril com extensão, mascara e bolsa reservatória adequado ao tamanho e faixa etária do paciente; 3.bandeja auxiliar com materiais mínimos: EPIs, frascos de exames, sondas de aspiração de vias aéreas, etc; 4.aspirador de parede ou móvel, com extensão estéril e testado; 5.cama montada aberta ou isolete / berço 6.valvulas de ar comprimido e oxigênio e fluxômetro de oxigênio funcionantes; 7.monitor com cabos de PA, ECG com 5 derivações e oxímetro de pulso; - Comunicar ao enfermeiro após o termino da montagem.		

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Enfermarias: Medicas e Cirúrgicas
		Data desta Revisão:	
ROTINA	4. 2. MONTAGEM DE UNIDADE CLÍNICA		
AGENTE	Ação		
Médico da Unidade	- Verifica com enfermeiro a existência de vaga e as condições do paciente a ser admitido. - Comunicar ao enfermeiro sobre a vaga cedida, se isolamento ou alguma outra orientação;		

Enfermeiro da Unidade	- Checa a existência da vaga e classifica o paciente quanto ao grau de dependência para determinar localização do leito, se próximo ao posto de enfermagem, isolamento, etc (utilizar Sistema de Classificação de Pacientes). - Realiza as mudanças e remanejamentos necessários para agilizar o processo
Técnico de Enfermagem da Unidade	- Montar o leito após limpeza com: 1. cama montada aberta ou cama cirúrgica conforme a necessidade 2. manutenção de artefato de terapia respiratória adequado ao caso (cateter nasal, mascara, etc) 3. monitorização adequada se necessário - Comunicar ao enfermeiro após o termino da montagem.

INSTITUTO	**Manual de Normas e Rotinas**	**Unidade:**	**Todas as Unidades de Internação.**
		Data desta Revisão:	
ROTINA	**5. KITS PARA PROCEDIMENTOS**		
AGENTE	**Ação**		
Conceitos	- Devera ser mantido na unidade: - 01 kit de entubação; - 01 kit de intracath; - outros Kits de acordo com necessidade do setor. - Os materiais devem ser de tamanho adequado ao perfil dos pacientes do setor, destacando-se que no carrinho de emergência estes materiais também estão previstos. - Para os procedimentos de TRAQUEOSTOMIA, PASSAGEM DE CATETER DE DUPLO LUMEN, DRENAGEM DE TORAX E SONDAGEM VESICAL DE DEMORA o material devera ser montado preferencialmente em bandejas, recobertos em plástico e selado.		
Enfermeiro	- Elabora escala de revezamento para conferencia e reposição dos kits de procedimentos, - Afixa escala em local visível, em tempo hábil; - Supervisiona cumprimento da escala de conferencia dos kits, - Escala outro funcionário para checagem na falta do funcionário previamente escalado. - Anota no livro de ocorrências e passa no plantão as intercorrências relacionadas.		
Técnico de Enfermagem Escalado para os Kits	- Cumpre escala de conferencia dos kits feita pelo enfermeiro supervisor ou enfermeiro do setor. - Confere rotineiramente os kits, repõem as faltas e comunica eventuais problemas. - O funcionário do leito que usou o kit deve repôlo após o uso.		

Observações Relação de Kits	- KIT PARA ENTUBACAO: Adulto 2 Cânulas com Balão N° 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0. Infantil 2 Cânulas com Balão N° 4.0, 4.5, 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0. Neonatal 2 Cânulas Entubação sem Balão N° 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0. - KITS PARA TRAQUEOSTOMIA: Infantil e Neonatal 1 Cânula sem Balão N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5; 2 Cânulas com Balão N° 4.0, 4.5 , 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0. Adulto 2 Cânulas com Balão N° 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5. - KIT PARA INTRACATH: Adulto, Infantil e Neonatal Cada KIT e composto de: 2 intracates; 2 lâminas de bisturi n. 23; 2 fios de nylon 3.0. - KIT PARA TRAQUEOSTOMIA Cada KIT e composto de: 2 Cânulas de traqueostomia com balão; 2 lâminas de bisturi n. 23; 2 fios de nylon 3.0. - KIT PARA PASSAGEM DE CATETER DUPLO LUMEN: Cada KIT e composto de: 1 cateter duplo lúmen; 2 lâminas de bisturi n. 23; 2 fios de nylon 3.0. - KIT PARA DRENAGEM DE TORAX: Cada KIT e composto de: 1 dreno de tórax; 1 frasco de drenagem; 2 lâminas de bisturi n. 23; 2 fios de nylon 3.0. (Anexa folha de procedimento para preenchimento do médico) - KIT PARA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA (n. 4 a 20): Composto de 2 SVD de numero adequado e 1 coletor urina sistema fechado.

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HOSP
		Data desta Revisão:	
ROTINA	6. CARRINHOS DE EMERGÊNCIA		
AGENTE	Ação		
Conceito	- O **HOSP** possui três modelos padrão de carrinhos de emergência, sendo eles: ADULTO COMPLETO: INFANTIL E NEONATAL PADRAO BASICO : - A reposição do Carrinho de Emergência devera ser feita na Farmácia , conforme segue: - Lacre rompido; - Pasta com o check list preenchido constando o que foi utilizado, os dados do paciente e assinatura do funcionário; - Receitas dos psicotrópicos e medicamentos controlados utilizados; - Cascos dos itens: pilhas, esparadrapo, etc; - O funcionário da Farmácia após conferir o lacre, as receitas e o preenchimento do check list entregara ao funcionário um novo lacre e os itens utilizados, - E responsabilidade do funcionário escalado pela Enfermeira do Setor a reposição e colocação do lacre no Carrinho de Emergência da Unidade.		
Técnico de Enfermagem da Unidade	- Cumpre escala de conferencia do carrinho feita pelo Enfermeiro do Setor, repõem as faltas e comunica eventuais problemas; - Mantem os kits e bandejas seladas e anota no impresso próprio com data, carimbo e rubrica; - Solicita ao médico a receita dos psicotrópicos usados na emergência; - Preenche o impresso "Check List dos Carrinhos de Emergência" anotando o que foi usado, carimba, assina e leva a Farmácia; - O funcionário do leito que abriu o carrinho de emergência nos momentos de intercorrência com seu paciente devera repor e lacrar carrinhos e kits após o uso.		
Observações	- Cada Carrinho de Emergência devera conter: - Pasta com listagem padrão de acordo com o setor. - Lacre numerado; - Tesoura anexa ao carrinho para rompimento do lacre. - Manter carrinho e desfibrilador ligados na tomada durante todo o tempo; - Guardar o lacre rompido para garantir a reposição do carrinho; - Preencher corretamente e legível o check list.		

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HOSP
		Data desta Revisão:	
ROTINA	7. ACONDICIONAMENTO DE TERMOLÁBEIS IMUNOBIOLÓGICOS		
AGENTE	Ação		
Conceito	- As unidades de atendimento a pacientes devem manter uma geladeira de uso exclusivo para acondicionamento de Medicamentos Termosensiveis; - Para o correto acondicionamento destes medicamentos deve-se manter na geladeira um termômetro de máxima e mínima a temperatura deverá permanecer entre 2 e 8 o; - Quando a temperatura interna estiver abaixo ou acima deve-se proceder a regulagem e manutenção do equipamento, bem como a viabilidade dos medicamentos deve ser checada com o farmacêutico na farmácia central; - Deve-se proceder a limpeza e o descongelamento da geladeira duas vezes no mês sendo que para isto os medicamentos contidos devem ser acondicionados em outro local (outra geladeira) durante o procedimento; - A rotina para descongelamento e limpeza deve ser cumprida no dia 15 de cada mês no diurno e no dia 30 de cada mês no noturno, conforme tabela de controle de temperatura afixada na geladeira; - O impresso de controle de temperatura da geladeira deve ser afixado e trocado mensalmente pela enfermeira do setor; - O termômetro da geladeira deve ser trocado caso apresente falhas ou quebra. O pedido ao ser feito o casco deve ser apresentado para reposição. - Os setores que utilizam vacinas devem cumprir a mesma rotina descrita, porem recomenda-se manter vacinas em geladeiras diferenciadas de medicamentos; - Os frascos de nutrição parenteral podem ser acondicionados na geladeira de medicamentos, porém dietas enterais ou outros alimentos NUNCA deveram ser acondicionados na mesma geladeira destinada a medicamentos; - As geladeiras de medicamentos nunca poderão ser utilizadas para acondicionar alimentos de pacientes ou funcionários. - As amostras de sangue e outros materiais biológicos devem ser acondicionados, excepcionalmente, em caixa de isopor com gelox (gelo reciclável) ate o transporte ao laboratório ou banco de sangue. - Os medicamentos termosensiveis em uso na unidade: ALBUMINA*, ALPROSTATIN, ANFOTERICINA B, ERGOMETRINA, ESTREPTOQUINASE*, PANCURONIO, RACURONIO, ATRACRIUN, INSULINA HUMANA NPH E REGULAR, PROPOFOL, SURFACTANTE PULMONAR, ANESTALCON COLIRIO (*) *depende do fabricante.*		

Enfermeiro da Unidade	- Escalar funcionário para realizar a checagem diária da temperatura da geladeira; - Escalar funcionário para realizar o descongelamento da geladeira conforme rotina; - Garantir o acondicionamento correto dos medicamentos durante o procedimento de limpeza; - Solicitar ao funcionário da equipe de limpeza para providenciar a limpeza mecânica da geladeira após descongelamento; - Garantir o correto acondicionamento de medicamentos em sua unidade não permitindo descumprimento da rotina; - Encaminhar os pedidos de manutenção e providenciar a troca do termômetro se necessário; - Verificar a validade dos medicamentos da geladeira rotineiramente.
Técnico de Enfermagem	- Cumprir escala de serviço para controle de temperatura da geladeira de medicamentos e anotar no impresso próprio; - Cumprir escala de limpeza e descongelamento da geladeira e anotar no impresso de controle; - Respeitar as normas quanto ao acondicionamento correto de medicamentos, alimentos, etc.
Farmacêutico	- Determinar quais medicamentos devem ser acondicionados em geladeira; - Dar esclarecimentos sobre validade, viabilidade de medicamentos temosensíveis e outras informações técnicas; - Garantir o transporte correto dos medicamentos termosensíveis até a unidade destino, acondicionando-os de forma adequada e discriminando dos outros medicamentos;
Observações	- As amostras de sangue, liquor e urina que necessitam de acondicionamento antes de serem entregues no laboratório devem ser colocadas em caixas de isopor especificas com gelox (gelo reciclável). Esta caixa deve ficar sobre a geladeira a disposição da equipe. Nunca acondicionar estes itens na geladeira de medicamentos.

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HOSP
		Data desta Revisão:	
ROTINA	8. MANUSEIO E PREPARO DE MATERIAIS NÃO CRÍTICOS, SEMI-CRÍTICOS E CRÍTICOS		
AGENTE	Ação		
Conceito	- **Limpeza:** e o primeiro passo para o reprocessamento de artigos, e esta intimamente ligada a qualidade final do processo, pois com a retirada da matéria orgânica consegue-se diminuir o numero de microrganismos sobre o artigo. - **Desinfecção:** e um processo que destrói microrganismos, patogênicos ou não, dos artigos, com exceção de alto numero de esporos bacterianos, pela aplicação de meios físicos ou químicos. - **Esterilização:** e o processo de destruição de todas as formas vegetativa e esporulada, fungos e vírus, mediante a aplicação de agentes físicos e químicos.		
Classificação dos Artigos	- **Artigos críticos:** são aqueles que penetram em tecidos ou líquidos estéreis e portanto possuem alto risco para aquisição de infecção. Estes artigos devem ser agulhas hipodérmicas, os instrumentais cirúrgicos, implantes, cateteres urinários, etc. - **Artigos semi-críticos:** são artigos que entram em contato com membrana mucosa integra ou pele não integra, e normalmente devem ser livres de todos os microorganismos, com exceção de elevado numero de esporos bacterianos. Requerem desinfecção de alto nível entre pacientes. Estão incluídos nesta categoria, os endoscópios gastrointestinais, equipamento de terapia respiratória, etc. - **Artigos não-críticos:** são aqueles que entram em contato apenas com pele integra, ou não entram em contato com pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção, pois a pele do paciente e barreira efetiva a microrganismos. Entretanto, podem servir de disseminação de microrganismos colonizantes entre os pacientes. Como exemplo nessa categoria estão: comadres, papagaios, jarros, bacias, cubas, aparelho de pressão, termômetros, etc.		
Objetivos	- Prevenção de transmissão de microorganismos.		

Procedimentos	**Artigos Críticos:** - esterilização por meios físicos(autoclave), químico (glutaraldeído e ácido peracético, ou fisicoquimico (óxido de etileno). - higienizar as mãos sempre antes de iniciar o procedimento e após realizar o procedimento; - **paramentar-se com equipamento de proteção individual (E.P.I).** - OBS: os dois itens acima devem ser repetidos em todos os procedimentos que serão citados a seguir: - realizar a limpeza manual do material minuciosamente, inicialmente, deixando imerso em detergente enzimático por tempo descrito pelo fabricante; - limpar o material com ajuda de escova e ou esponja macia; - enxaguar abundantemente na agua corrente potável; - secar os materiais canulados, com ar comprimido sob pressão (controlando a saída do ar com fluxometro) na face interna e na face externa, secar com tecido macio; - embalar em tecido de brim, papel grau cirúrgico ou papel crepado, conforme a adequação do material; - esterilizar por meio físico ou físico-químico (óxido de etileno), para materiais termosensíveis (são materiais que sofrem alterações sobre temperaturas elevadas). **Artigos Semi-Críticos:** - requerem desinfecção de alto nível (destrói todos os microrganismos com exceção de alto numero de esporos). Os desinfetantes de alto nível são o glutaraldeido e o acido peracético; - realizar a limpeza manual conforme descrito acima; - ativar o ácido peracético e realizar o teste de efetividade do desinfetante com as tiras reagentes, que devem ser mantidas sobre refrigeração e ou temperatura ambiente, realizadas diariamente pela manha conforme rotina do INSTITUTO; - enxugar o material conforme descrito acima, criteriosamente, para que não ocorra diluição do ácido peracético, e a consequente inativação do produto antes do tempo estimado de aproximadamente 15 dias, após a ativação; - imergir o material por completo no ácido peracético a 0,2%; - cronometrar 10 minutos para desinfecção de alto nível, conforme orientação do fabricante; - enxaguar abundantemente com agua filtrada; - secar conforme descrição acima; - embalar em plástico e selar as bordas; **Artigos Não Críticos:** - requerem apenas limpeza com agua e sabão complementada opcionalmente com desinfecção de baixo nível (elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas não elimina microbactéria). Ex: desinfetante de nível intermediário: álcool a 70%; - OBS: Os meios de esterilização e de desinfecção citados, são os mais utilizados no INSTITUTO.

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Todas as Unidades do HOSP
		Data desta Revisão:	
ROTINA	9. CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO		
AGENTE	Ação		
Definição	- O Centro de Material e Esterilização (CME) e o setor (unidade ou serviço) destinado a limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição de material esterilizado.		
Objetivos	- Fornecer materiais esterilizados, para utilização nos diversos procedimentos clínicos e cirúrgicos a padronizar os procedimentos para o processamento de materiais.		
MÉTODOS DE LIMPEZA	**Limpadores Enzimáticos:** - Os limpadores enzimáticos são compostos basicamente por enzimas, surfactantes e solubilizantes. A combinação balanceada desses elementos faz com que o produto possa remover a matéria orgânica do material em curto período de tempo (em média 3 minutos). **Objetivo:** - Promover a limpeza dos artigos. **Recomendações:** - Utilizar limpadores enzimáticos e verificar a diluição, prazo de validade após a diluição, tempo de imersão e métodos de utilização de acordo com as recomendações do fabricante; - Selecionar apenas limpadores enzimáticos que possuam registro no Ministério da Saúde para a aplicação a que se destinam; - Remover completamente os limpadores com água corrente abundante; - Selecionar o tipo de limpador enzimático para limpeza manual ou mecânica, de acordo com a recomendação do fabricante; - Utilizar escovas com cerdas macias e esponja com face dupla; - Não utilizar palha de aço em hipótese alguma. Ex.: Bombril; - Manter o produto em sua embalagem original, bem fechado, protegido da luz e calor excessivo; - Utilizar luvas e óculos de proteção, evitar o contato prolongado com a pele. Depois de utilizar o produto, lave bem as mãos e seque-as. - A eficiência da limpeza e aumentada quando se utilizam limpadores enzimáticos. Estes limpadores possuem proteases, lipases e amilases, atuam em substratos proteicos, gorduras e carboidratos, os quais tendem a solubilizar-se e desprender dos artigos. Devido ao seu pode limpante, a literatura atual recomenda o uso exclusivo destes produtos para limpeza de artigos de configuração complexa. Resíduos de enzimáticos em artigos podem provocar reações adversas no pacote, caso não sejam adequadamente removidos.		

	Detergentes e Desincrostantes: **Objetivo:** - Promover a limpeza dos artigos; - Empregar detergentes em artigos, cujo volume de matéria orgânica seja pouco ou desprezível; - Remover completamente o detergente ou desincrostante com água corrente abundante; - Utilizar apenas um tipo de agente limpante (detergente, desincrostante ou enzimático) para cada processamento; - Não utilizar detergentes em instrumentos cirúrgicos, pois podem ocorrer pontos de corrosão; - Misturas de produtos de limpeza entre si, ou associação com produtos desinfetantes pode reduzir a eficiência da limpeza e aumentar o risco ocupacional pela formação de produtos tóxicos.
PROTOCOLO DE LIMPEZA	**Definição:** I. Artigos protocolados pela Instituição , classificação. Estão dentro das normas e portarias da Vigilância Sanitária. II. Limpeza dos artigos: secagem, determinar o tempo de exposição do material ao produto de limpeza; III. Diluir o enzimático (registrado no Ministério da Saúde); IV. Usar Equipamento de Proteção Individual (EPI); V. Ter inspeção visual rigorosa; VI. Todo material odonto-médico hospitalar contaminado dever ser limpo, precedendo ou não a desinfecção e esterilização: A. Artigos de assistência respiratória: mascaras, inaladores, traqueias e outros similares; B. Perfuradores: elétricos e a bateria / desconectar brocas; C. Extensões de látex. **I – Artigos Protocolados pela Instituição – Classificação:** (Devem estar dentro das normas e portarias da Vigilância Sanitária) 1. Perfurador elétrico 2. Perfurador a bateria 3. Cabo de bisturi 4. Extensões de látex – devido ao numero de reprocessamento pode ocorrer desgaste do material, colabamentos, ressecamentos. Fazer inspeção rigorosa. 5. Circuito nebulizador 6. Saco plástico 7. Bateria avulsa de perfurador 8. Faixa de smarch grande 9. Pinça bipolar 10. Circuito Inter-5 11. Punch 12. Circuito Inter-3 13. Expansor 14. Umidificador completo 15. Bomba de leite 16. Ponta cautério 17. Conector

	II – Modo de diluir o Endozime□□AW Plus **Uso Manual:** 1. Adicione 4 ml de Endozime□□AW Plus para cada litro de água; 2. Submergir os instrumentos na solução; 3. Deixe-o em contato com a solução por 2 minutos para a remoção integral da carga orgânica e de seus contaminantes; 4. Enxaguar com agua abundante; 5. Usar sempre EPI para manipular o produto. *Enzimático registrado no Ministério da Saúde nº 75347-5.* **III – Secagem** - Utilizar compressas ou ar comprimido, conforme o instrumental. **V – Ter inspeção visual rigorosa** - Após o procedimento da lavagem manual, verificar atentamente se todos os artigos estão inteiramente limpos sem resíduos.
Lista de Produtos Médico-Hospitalares de uso único. **NÃO REPROCESSAR**	1. agulhas com componentes plásticos; 2. agulhas para biopsia; 3. agulhas para esclerose; 4. agulhas para sutura com fundo falso; 5. anuscópios plásticos; 6. aventais descartáveis; 7. bisturi para fonte gerador de energia, para corte ou coagulacao, com ou sem aspiração e irrigação; 8. bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; 9. bolsa coletora para espécimes cirúrgicos; 10. bolsa de sangue; 11. bomba centrifuga de sangue; 12. campos cirúrgicos descartáveis; 13. cânula de intubação oro e naso traqueal e brânquicas; 14. cânula plástica de traqueostomia; 15. cateter de Domia Basket; 16. cateter para embolectomia tipo Fogart; 17. cateter para oxigênio; 18. cateter para termodiluição (swan ganz / similares); 19. cateter para ureter; 20. cateteres de dialise peritoneal de curta e longa permanência; 21. cateteres e válvulas para derivação ventricular; 22. cateter de balão intra-aórtico; 23. cateteres para infusão venosa com lume único duplo ou triplo periféricos ou centrais; 24. clips de aneurisma permanente; 25. cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico; 26. coletores de urina de drenagem aberta ou fechada; 27. coletores poliméricos para secreções; 28. compressas cirúrgicas descartáveis; 29. conjuntos de tubos para uso em circulação extra-corpórea; 30. dique de borracha para uso odontológico; 31. drenos em geral; 32. embalagem para esterilização de qualquer natureza; 33. equipos descartáveis de qualquer natureza

Fls: 1463
Rubrica

34. escalpes;
35. escova para degermação das mãos;
36. escovas ginecológicas ou endocervicais;
37. espéculos vaginais plásticos;
38. expansores de pele com válvula;
39. extensores de drenagem naso-gástrica, torácica ou urinária;
40. extensores para bomba de infusão e bomba de seringa
41. extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos com torneirinhas multivias plásticas;
42. filtros (para) de cardioplegia;
43. filtros (para) de veia cava;
44. filtros de linha para sangue arterial;
45. fio guia com superfície não contínua ou espirilada;
46. fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
47. fios epicárdicos do marcapasso;
48. grampeadores circulares para sutura mecânica ou aqueles cujas cargas não podem ser trocadas;
49. grampeadores para sutura mecânica de todos os tipos
50. hemoconcetradores
51. injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
52. lâmina de shaiver reta e com curvatura;
53. lâminas descartáveis de bisturi;
54. lancetas de hemoglicoteste;
55. lençóis descartáveis;
56. lentes de contato descartáveis;
57. luvas cirúrgicas;
58. luvas de procedimento;
59. marcapasso permanente;
60. materiais com lume metálico ou não com fundo cego ou com diâmetro inferior a 1mm, independente do comprimento;
61. obturadores para coletores do tipo Foley;
62. outras sondas;
63. oxigenador de bolhas;
64. oxigenador de membrana;
65. pera de borracha para aspiração e irrigação cirúrgica;
66. pinças de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistidas;
67. placa neutra de bisturi dispensadora de energia;
68. placas metálicas e parafusos;
69. próteses com materiais porosos;
70. punch cardíaco plástico;
71. reservatório venoso para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiotomia;
72. saco coletor de urina infantil;
73. sensores de pressão intra-craniana;
74. seringas com dispositivos acoplados para a medida da pressão;
75. seringas plásticas (exceto de bomba injetora de contraste radiológico);

	76. sonda de aspiração; 77. sondas gástricas; 78. sondas naso-entéricas; 79. sondas naso-gástricas; 80. sondas retais; 81. sondas uretrais; 82. sondas vesicais; 83. sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia; 84. tesoura para bisturi harmônico de 5 mm longo ou curto; 85. torneira multi-via não metálica; 86. transdutores de pressão sanguínea (sistemas fechados); 87. trocater com válvula de qualquer diâmetro.
PROTOCOLO DE LIMPEZA **LIMPEZA MANUAL**	**Limpeza Manual** - E a limpeza executada através de fricção com escovas e uso de soluções de limpeza. **Recomendações:** - Restringir a limpeza manual para artigos delicados, que não possam ser processados por métodos mecânicos; - Empregar, preferencialmente, soluções enzimáticas para a limpeza; - Utilizar EPI's adequados: luvas grossas de borracha antiderrapantes, aventais impermeáveis, botas, gorro, protetor facial; - Utilizar escovas não abrasivas; - Fazer diariamente a limpeza das escovas e substituição das que estiverem em más condições de uso.
Rotina de Guarda de Material Estéril e Distribuição	- Todo material estéril devera ser guardado em armário fechado, em local arejado, protegido da luz solar direta, de preferencia distante de janelas; - Quando não for possível que o material seja guardado em armário fechado, devera ser guardado em local arejado, coberto com um tecido, também distante de janelas e protegido da luz solar direta; - Após aguardar o resfriamento dos materiais, após a esterilização, os mesmos deverão ir para o armário conforme identificação, caso não haja resfriamento dos mesmos, deposita-los em superfície coberta com tecido para que não ocorra choque térmico, consequentemente invalidando a esterilização; - Ao retirar da autoclave materiais em papel grau cirúrgico, verificar se os mesmo não estão molhados e em caso positivo, desempacotar e encaminhar para reesterilização; - Após retirar da autoclave os materiais, observar novamente o indicador de esterilização (fita autoclave) e assim poder guardar som segurança os materiais; - Os materiais esterilizados mais recentemente devem ser guardados mais ao fundo do armário, e os materiais com datas menos recentes para frente do armário; - Antes de guardar o material, verificar as condições de embalagem e em caso de danos, desempacotar e voltar para o setor de preparo para passar por esterilização novamente;

	- Tomar o cuidado de não superlotar os espaços internos dos armários, pois tal conduta pode favorecer o dano das embalagens. - Deve-se respeitar um espaço para aeração entre os materiais; - O funcionário responsável pela guarda e distribuição do material estéril, devera semanalmente verificar a data de validade dos materiais que estão guardados; - se estiverem com data vencida encaminhar pra o setor de preparo (desempacotas, por campos para lavar e empacotar novamente); - O funcionário neste mesmo dia acima citado, ou quando julgar necessário, poderá proceder a limpeza da superfície dos armários com pano úmido embebido em álcool 70%; - Distribuir os materiais para cada clinica de acordo com o pedido feito no impresso. - anotar o que foi fornecido e assinar nome legível.
Rotina para Receber Material dos Setores e Sterileno	**Sala de Guarda de Material Estéril:** - Guardar o material no local adequado; - Proceder a assepsia de toda a sala diariamente; - Verificar a necessidade de material para as cirurgias, conforme o mapa de cirurgia, montar o carrinho; - Receber o material da CME. Verificar data de validade e colocar nas prateleiras sempre sob o material mais antigo; - Diariamente verificar validade do material e, se necessário, encaminhar para reesterilizacção.
Rotina Ácido Peracético	**Definição:** - Usado em nosso serviço para desinfecção de alto nível, área do expurgo destinada ao processamento ao lado da CME do Regional. - A desinfecção de alto nível e realizada nos materiais inalatórios, após limpeza com detergente enzimático conforme já orientado. - Após limpeza com detergente enzimático, secar o material com ar comprimido e/ou compressa. - Imergir no ácido peracético por 10'; - Retirar e enxaguar com agua filtrada; - Secar; - Embalar e guardar. **Preparo Ácido Peracético:** Forma de apresentação: - Galão - Ativador - Abrir o tubeti e despejar o liquido dentro do galão, agitar o mesmo e aguardar por 30' para uso; - Após 30' antes de imergir o material, testar com a fita própria a ativação do mesmo; - A fita ficara marrom em 10 segundos (+ ou -), indicando que o mesmo está pronto para uso; - O teste devera ser realizado toda vez que o acido for usado. - O mesmo tem vida útil de cerca de 21 dias; - Após 21 dias o mesmo poderá ser desprezado em esgoto normal (ralo do setor).

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Central de Material.
		Data desta Revisão:	
ROTINA	10. ENCAMINHAMENTO DE MATERIAIS PARA ESTERILIZACAO POR ÓXIDO DE ETILENO		
AGENTE	Ação		
Objetivo	- Manter padronizado e centralizado o controle de materiais esterilizados por óxido de etileno.		
Procedimentos	- Encaminhar o material limpo e embalado para a Central de Materiais Esterilizados (CME) na nota da empresa, discriminando item por item; - Entrega de segunda a sábado no período da manha, a partir das 7:00 h. Os funcionários dos setores devem encaminhar para a CME os materiais e aguardar a conferencia dos mesmos; - O material que não será esterilizado por óxido de etileno será devolvido ao funcionário responsável, e, se possível, esterilizados pela CME: - A entrega de materiais esterilizados em oxido de etileno não sofre alterações.		

INSTITUTO	Manual de Normas e Rotinas	Unidade:	Centro Cirúrgico.
		Data desta Revisão:	
ROTINA	11. CENTRO CIRÚRGICO		
AGENTE	Ação		
Objetivo	- Manter padronizado e centralizado o controle de materiais esterilizados por óxido de etileno.		
Enfermagem	- A enfermeira devera designar a sala para as cirurgias eletivas, anotando no quadro cirúrgico. - Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos. - Solicitar e testar a aquisição de novos equipamentos e materiais em conjunto com o setor de compra da instituição. - Implantar programas de melhoria da qualidade dos serviços prestados. - Desenvolver o sistema de assistência de enfermagem ao paciente (no pré-operatório imediato, trans-operatório e pós-operatório imediato). FUNÇÃO		

	- Elaborar, normatizar rotinas (protocolos das condutas) do setor, encaminha-los a diretoria de enfermagem para posterior analise e aprovação. Coordenar as atividades do Técnico de Enfermagem do seu setor, assim como controlar assiduidade, pontualidade e disciplina. - Elaborar as escalas de plantão do mês seguinte e pedido de ferias e encaminhar para a diretoria de enfermagem. - Detectar eventuais necessidades de seu setor, encaminhando-as a diretoria de enfermagem. - "Vistar" todos os atestados dos seus funcionários encaminha-los para ciência da diretoria de enfermagem. - Comunicar eventuais necessidades ou irregularidades. - Organizar agendamento prévio das cirurgias, distribuindo-as de maneira mais logica por sala, horário e dia. - Distribuir os funcionários do setor de acordo com as atividades que estão sendo desenvolvidas. - Elaborar normas para acesso de pessoas estranhas ao c. cirúrgico. - Suspender cirurgias justificando o motivo, estabelecendo condições para sua remarcação. - Coordenar o andamento das cirurgias, auxiliando a suprir eventuais necessidades. - Disciplinar o tipo e condições de uso de roupas, de todos que utilizam o centro cirúrgico. - Zelar pela adequada qualidade e manutenção dos equipamentos em uso.
Circulante de Sala	- Ao receber o plantão, o Técnico de Enfermagem deve proceder a assepsia da sala cirúrgica (móveis e foco). - Verificar a cirurgia que será realizada em sua sala através do mapa cirúrgico, em caso de eletiva. - Em caso de urgência, manter a sala com material básico apos a assepsia. - Ao se orientado pela enfermeira sobre a cirurgia a ser realizada na sala, pegar o carro com o material especifico e levar para a sala. - Montar o carrinho de anestesia com o material necessário. - Verificar o que esta sendo requisitado no Aviso de Cirurgia, providenciar, testar os equipamentos e luzes da sala. - Montar a sala conforme a técnica. - Receber o paciente cordialmente ao chegar na sala; acomoda-lo na mesa e monitora-lo. - Colocar perneiras, quando necessário. - Abrir a folha de gasto e preenche-la corretamente. - Auxiliar o anestesista no que for necessário. - Auxiliar na paramentação de cirurgiões. - Atender a solicitação do instrumentador quanto a fios e instrumentais que se fizerem necessários. - Manter a ordem na sala (controle de compressas, etc.) - Se houver gasto de material em consignação, preencher o

	cabeçalho (passar para o médico completar assim que terminar a cirurgia). - Ao termino da cirurgia, auxiliar o anestesista a retirar as pecas, eletrodos, placas, bisturi elétrico e oximetro, etc. - Transferir o paciente para a maca com segurança e encaminhar o paciente para a SRPA, com todas as anotações feitas. - Colocar os campos, compressas e aventais usados em sacos plásticos (peca por peca), observando atenciosamente se não esta enviando pinça junto com o campo para a lavanderia (cuidado também com o lixo) e perfurocortantes. - Conferir os instrumentais e abri-los todos, exceto Backaus e Pozzi, colocando dentro da caixa perfurada e cobrir com campo limpo. A lâmina do bisturi deve ser retirada. - Encaminhar o material para a Central de Material. - Identificar peca de anátomo-patológico e deixa-lo junto com o pedido na caixa própria. - Caso haja material colhido para cultura, providenciar imediatamente seu encaminhamento com seu respectivo pedido. - Levar o hamper para o local a ser recolhido pela lavanderia. - Avisar equipe da limpeza para proceder a limpeza da sala e recolhimento do lixo. - Retornar a sala apos a limpeza e proceder a nova assepsia na mesma técnica. - Remontar a sala com material básico.

- **Manual de Normas e Rotinas**

Normas Gerais para Visitantes e Acompanhantes

Horário de visitas:

Enfermaria – das 16 às 17 horas;

UTI - das 15 às 16 horas e das 19h30 às 20 horas;

Somente duas pessoas, de cada vez, poderão entrar para a visita.

Horário de troca de acompanhante:

Manhã: das 8 horas às 9 horas;

Tarde: de 13 às 14 horas e Noite: de 19:30 às 20:30 horas.

Boletim médico:

Pacientes internados nas enfermarias – o boletim é informado na recepção central e telefonia a partir das 10 horas;

Pacientes internados na UTI – o boletim é informado a partir de 07h e às 19h pela recepção central.

TCE 1477

S. E. S. Fls: 1466

Normas:

- Não é permitida a entrada de crianças até doze (12) anos de idade nas dependências do hospital. Exceto com autorização;

Exceto os pacientes de serviços especializados (~~otorrinolaringologia, endocrinologia, odontologia~~, urologia, ortopedia, fonoaudiologia, ~~neurologia~~ e outros);

- É proibido fumar no Hospital (Lei Federal 9294/96);

- Não será permitida a entrada de travesseiros, lençóis, cobertores, colchonetes, nas enfermarias;

- Não é permitido entrar com alimentos no Hospital exceto nos casos avaliados e autorizados pela de Nutrição.

Informações para Visitantes de Enfermarias:

- Será permitida a entrada de visitantes nas enfermarias maiores de doze (12) anos de idade acompanhados do seu responsável;

- Visitantes maiores de sessenta (60) anos, que apresentam problemas de saúde, deverão estar acompanhados de um familiar;

- Não é permitido que o visitante circule em outras alas e enfermarias além daquela que o paciente está internado.

Informações para Visitantes da UTI:

- Será permitido entrar na UTI maiores de doze (12) anos, acompanhados por responsável. Exceções os casos avaliados e autorizados pela equipe técnica da psicologia;

- Visitantes maiores de sessenta (60) anos, que apresentam problemas de saúde, deverão estar acompanhados de um familiar;

- Nas situações de intercorrências serão suspensas as visitas;

- Só será permitido entrar com roupas e objetos de higiene pessoal do paciente quando solicitado pela equipe de enfermagem.

Informações para Acompanhantes:

O usuário terá direito a 01 (um) acompanhante a ser solicitado pela enfermagem, havendo necessidade;

- Só é permitida a permanência de acompanhante mediante a autorização feita em impresso anexo, preenchida, assinada e carimbada pelo (a) enfermeiro (a) supervisor;
- Pessoas com mais de sessenta (60) anos de idade, gestantes e portadores de deficiência que não apresentarem boas condições de saúde, não poderão ser acompanhantes de seus pacientes;
- Só é permitido acompanhante a partir de dezoito (18) anos de idade.

Admissão de Pacientes

A admissão de pacientes somente será realizada mediante a liberação do leito por parte do (a) enfermeiro (a) supervisor (a) do setor.

O leito deverá passar por limpeza e desinfecção conforme recomendações básicas para limpeza, desinfecção de ambiente, artigos e roupas da CCIH.

Recomendações importantes:

• Não admitir paciente clínico com paciente cirúrgico;

• Não admitir pacientes cirúrgicos com pacientes portadores de feridas infectadas;

• Não admitir pacientes com ferida operatória infectada com pacientes cirúrgicos não infectados ou em pós-operatório imediato (POI);

• Caso o paciente necessite de isolamento seguir recomendações da Rotina de Biossegurança da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Procedimento:

• Receber o paciente na unidade de internação;

• Conferir o prontuário quanto ao nome completo do paciente, número do leito e registro hospitalar;

• Verificar prescrição ou necessidade de isolamento;

• Observar higiene do paciente;

• Encaminha-lo ao banho de aspersão ou realizar banho no leito, se necessário;

• Oferecer pijama ou camisola da instituição;

• Verificar sinais vitais;

S. E. S.
Fls: 1467
Rubrica

• Orientar o paciente quanto as normas da instituição;
• Conferir o preenchimento completo dos cabeçalhos dos impressos;
• Fazer admissão do paciente no prontuário com: horário da admissão, motivo da internação, sinais vitais, estado do paciente;
• Comunicar ao serviço de nutrição e dietética sobre a internação informando o nome, leito e tipo de dieta;
• Se houverem pedidos de exames, encaminhá-los aos setores competentes;
• Organizar o prontuário para facilitar o manuseio pela própria enfermagem;
• Em caso de paciente cirúrgico fazer o preparo pré-operatório indicado a cada procedimento, seguindo recomendações da Rotina de Controle de Infecção de Sítio Cirúrgico da CCIH.

Solicitações de Exames:

• Conferir a solicitação no pedido de exames devidamente preenchido e carimbado pela equipe médica;
• Agendar os exames conforme solicitação e anotar data e hora no pedido;
• Observar e orientar o paciente quando necessário jejum ou outros preparos para o exame;
• Encaminhar o paciente ao setor de exames, quando solicitado, acompanhado pelo maqueiro;
• Em caso de coleta de amostras de urina, fezes e/ou escarro, fornecer o pote coletor, devidamente identificado, orientando o paciente sobre os cuidados para coleta, na noite anterior ao exame;
• Em caso de exames laboratoriais solicitar a coleta ao setor de laboratório.

Observações:

• Para realização de exames a serem feitos em outra instituição de pacientes do SUS, o pedido médico deve ser encaminhado ao serviço social para agendamento, juntamente com relatório médico justificando a necessidade da realização deste;
• Exames de alto custo deverão ser autorizados pelo auditor do SUS.

Encaminhamento de pacientes do SUS para exames externos:

Procedimento:

• Conferir se o pedido médico está preenchido corretamente;

• Solicitar relatório médico justificando o exame, e preenchimento de termo de responsabilidade médica autorizando a remoção do paciente;

• Encaminhar o pedido ao Serviço Social para agendamento;

• Confirmar data e horário do exame e necessidade de preparo do paciente;

• Preencher solicitação de transporte via internet;

• Anotar na solicitação de transporte orientações sobre precauções adicionais para o paciente que será transportado;

• Solicitar o maqueiro e encaminhar o paciente;

• O paciente deverá ser acompanhado por um técnico de enfermagem;

• Observar orientações da Rotina de Biossegurança para Ambulância da CCIH.

Transferência de Pacientes.

Transferência Interna: Procedimento:

• Entrar em contato com o (a) enfermeiro (a) da unidade de internação para solicitar a vaga;

• Informar à enfermeira da unidade solicitada as condições do paciente;

• Conferir o prontuário, as anotações de enfermagem, exames e checagem de medicações anteriores;

• Conferir se o novo leito já está pronto (limpo, desinfetado e forrado);

• Acionar o maqueiro e encaminhar o paciente para a outra unidade;

• Fazer a transferência do paciente no sistema da;

• Encaminhar para internação o formulário próprio para lançar no sistema da Prefeitura a transferência de leito;

• Arquivar na chefia de enfermagem o formulário com o recebido da internação;

• Anotar no livro de enfermagem a transferência do paciente;

• Comunicar ao serviço de nutrição e dietética sobre a transferência informando o nome e o número do novo leito;

• Solicitar a desinfecção terminal do leito ao Serviço de Higienização e Limpeza (SHL), observando que roupas e qualquer artigo utilizado na assistência ao paciente deverão ser recolhidos pela equipe da enfermagem.

S.E.S. Fls. 1468 6 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Transferência para outras instituições: TCE 1479

Procedimento:

• Verificar a solicitação de transferência no prontuário do paciente, com assinatura do médico assistente e confirmação do contato de vagas entre os médicos de ambas as instituições. As vagas somente são negociadas entre médicos;

• Solicitar à central de vagas a transferência para que ela faça os devidos contatos e aguardar o retorno;

• Anotar no prontuário do paciente: hora, condições do paciente e acompanhamento familiar e de enfermagem;

• Solicitar o preenchimento de termo de responsabilidade médica autorizando a remoção do paciente, juntamente com o encaminhamento médico;

• Preencher solicitação de transporte via internet;

• Transportar o paciente na ambulância na presença de um familiar e de um profissional da enfermagem, de acordo com a gravidade do paciente;

• Observar cuidados de Biossegurança durante o transporte;

• Fechar o prontuário do paciente verificando se está completo;

• Providenciar a limpeza terminal do leito;

• Anotar no livro de enfermagem a transferência do paciente;

• Encaminhar para internação o formulário próprio para lançar no sistema a alta hospitalar por transferência;

• Arquivar na chefia de enfermagem o formulário com o recebido da internação.

Alta Hospitalar

Procedimento:

• Conferir se a alta hospitalar está assinada pelo médico assistente;

• Realizar evolução de enfermagem referente à alta do paciente;

• Preencher o aviso de alta em duas vias;

• Avisar aos familiares e/ou responsável sobre a alta e aguarda o seu comparecimento para liberar o paciente;

• Acompanhar o paciente até a saída;

• Solicitar que o familiar ou responsável assine o aviso de alta;

• Solicitar que o funcionário do atendimento assine o aviso de alta e lance no sistema, deixar a 2º via com o mesmo e anexar a 1º via ao prontuário;

• Recolher e anotar no livro de enfermagem a alta do paciente;

• Encaminhar roupas e artigos usados na assistência ao paciente ao expurgo e hampers;

• Solicitar a desinfecção terminal do leito ao Serviço de Higienização e Limpeza.

Óbitos

Procedimento:

• Providenciar declaração de óbito para ser preenchida pelo médico que assistiu ao óbito em 03 vias;

• Comunicar aos familiares;

• Colocar biombos se necessário;

• Fazer tamponamento apenas dos orifícios que estiverem drenando secreções;

• Solicitar cobertura para óbitos na farmácia;

• Retirar a roupa do paciente;

• Retirar sondas e cateteres se houver;

• Trocar curativos se necessário;

• Alinhar o corpo do paciente, unir as mãos e conter com ataduras, e fixar a mandíbula com atadura se necessário;

• Colocar etiqueta na pele do paciente com: nome completo, leito, médico responsável, data e hora do óbito;

• Colocar o corpo na cobertura para óbitos e colocar nova etiqueta;

• Solicitar maqueiro para transporte do corpo para o necrotério;

• Organizar os pertences do paciente e entregar à família;

• Anotar o óbito no prontuário do paciente;

• Marcar o óbito no censo de controle e registro de enfermagem;

• Lançar o óbito no sistema;

• Encaminhar para internação o formulário próprio para lançar no sistema da Prefeitura e/ou Convênios a alta hospitalar por óbito;

• Anotar o óbito no prontuário do paciente;

• Solicitar a desinfecção terminal do leito;

• Preencher a ficha de identificação de cadáver;

TCE 1480

S. E. S. Fls. 1469

• Lançar o óbito no livro de declaração de óbito;

• O (a) enfermeiro (a) do setor deverá entregar a via amarela, junto com o formulário da SEMMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social para a pessoa responsável pelo corpo;

• Orientar a família sobre os procedimentos para sepultamento, conforme orientações do "folder de óbitos";

• Arquivar a via branca na chefia de enfermagem para posteriormente ser encaminhadas para Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

• Arquivar a via rosa dentro do prontuário do paciente para ser arquivada;

• O (a) enfermeiro (a) do setor deverá entregar o corpo no necrotério para a funerária;

• O responsável pela funerária assina a ficha de identificação do cadáver e o enfermeiro assina e recebe uma via da ficha da funerária;

• A ficha de identificação e a via da funerária deverão ser arquivadas no prontuário do paciente;

• A secretária da enfermagem deverá conferir os papeis do óbito e arquivar no prontuário, sendo: a ficha rosa da declaração de óbito, a ficha de identificação do cadáver e a ficha da funerária, caso não estejam no mesmo;

• O óbito deverá ser lançado na estatística da Comissão de Óbito pela secretária da enfermagem.

Recomendações importantes:

Em caso de morte violenta, encaminhar o corpo ao Instituto Médico Legal (IML), em caso de Feto Morto acima de 500gr e paciente sem diagnostico fechado (ex: menos de 24 horas de internação), encaminhar o corpo ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), nestes casos o médico deverá preencher o encaminhamento ao IML ou SVO.

Instituto Médico Legal – IML ou Serviço de Verificação de Óbito - SVO

Em caso de IML ou SVO

Solicitar que o médico preencha o encaminhamento no formulário próprio do IML/SVO;

a) Entregar o encaminhamento médico (via branca) à família em caso de IML;

b) Encaminhar a família ao distrito policial mais próximo à instituição juntamente com o encaminhamento médico para registrar a ocorrência;

c) Solicitar à família que leve uma das vias ao IML para recolhimento do corpo;

d) Registrar o óbito no livro de declaração de óbito da enfermagem;

e) Preencher a ficha de identificação de cadáver;

f) Entregar o corpo ao IML, após a devida identificação do mesmo;

g) Solicitar que o responsável pela coleta do corpo assine a ficha de identificação de cadáver;

Em caso de SVO; a enfermeira deverá ligar no Serviço de Verificação de Orbito, e comunicar o óbito e solicitar a remoção do corpo, não sendo necessário entregar nenhuma via do formulário para a família:

Registrar o óbito no livro de declaração de óbito da enfermagem:

a) Preencher a ficha de identificação de cadáver;

b) Entregar o corpo ao SVO juntamente com a via branca do formulário, após a devida identificação do mesmo;

c) Solicitar que o responsável pela coleta do corpo assine a ficha de identificação de cadáver.

A secretária de enfermagem deverá conferir e anexar no prontuário a ficha de identificação de cadáver e encaminhamento do IML/SVO e lançar o óbito na estatística da Comissão de Óbitos.

Observação:

• Não está autorizada a visita de familiares ao necrotério;

• Se observada a necessidade, solicitar a desinfecção terminal do necrotério ao funcionário do SHL.

Verificação de Sinais Vitais

Temperatura

A temperatura indica o nível de calor a que chega o corpo. A temperatura normal do corpo é mantida pelo equilíbrio entre a produção e eliminação de calor. O calor é gerado por processo metabólico e é distribuído no organismo pelo sangue por meio dos vasos sanguíneos.

O organismo perde calor por radiação e condutibilidade da pele, por evaporação do suor, por evaporação pulmonar, durante o processo de respiração, pela urina, pelas fezes e pela saliva.

Horas de verificação: 08h00min, 14h00min, 18h00min, 24h00min, 06h00min e sempre que necessário, ou conforme prescrição médica.

Há alguns fatores que alteram a temperatura:

• Fatores fisiológicos.

• Idade.

• Processos inflamatórios e infecciosos.

• Fatores patológicos.

Variação de temperatura

• Hipotermia – menor ou igual a 35°C

• Temperatura Fisiológica – 35,5° a 37°C

• Estado febril- 37,5° a 38,0° C

• Febre – 38,0° a 39°C

• Pirexia-39,0° a 40°C

• Hiperpirexia- 40,0° a 41° C

Definição de febre

A febre é a modificação patológica da temperatura. É uma reação do organismo diante de determinada agressão que pode ser de origem infecciosa, neurogênica, desidratação ou tóxica.

Observação:

• Não é necessário o uso rotineiro de luvas de procedimentos para verificação de sinais vitais, exceto para pacientes em precauções de contato;

• Retirar as luvas imediatamente após o uso e lavar as mãos em seguida e entre um paciente e outro;

• Usar um par de luvas de procedimentos para cada paciente, quando indicado.

• Para pacientes em precauções de contato individualizar estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro;

• Observar orientações da Rotina de Biossegurança da CCIH.

Classificação da febre:

• **Contínua-** não há grandes oscilações diárias, permanece em um mesmo nível;

• **Remitente**- há oscilação diária;

• **Intermitente**- manifesta-se geralmente às mesmas horas aparecendo e desaparecendo com intervalo de dias e semanas;

• **Ondulante**- alterna períodos de febre e sem febre. Esses períodos variam de dois a três dias.

Material necessário para verificação da temperatura:

Bandeja contendo:

• 01 recipiente com algodão seco;

• 01 recipiente com álcool a 70%;

• 01 recipiente para o algodão usado;

• Caneta e papel para anotações;

• 01 termômetro.

Axilar

Esta técnica é contraindicada nas queimaduras de tórax, fraturas de membros superiores, pacientes muito magros e lesões axilares.

Procedimento:

• Orientar o paciente sobre o procedimento;

• Enxugar a axila do paciente ou orienta-lo fazer;

• Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35° em caso de termômetros não digitais;

• Colocar o termômetro na axila de forma que fique o bulbo em contato com a pele;

• Pedir para que o paciente comprima o braço de encontro ao corpo, de preferência colocando a mão no ombro oposto;

• Após cinco minutos retirar o termômetro;

• Fazer a leitura;

• Anotar o valor da temperatura;

• Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool 70%;

• Desprezar o algodão sujo;

• Registrar no prontuário os resultados conforme os horários de rotina.

Oral ou bucal

Esta técnica somente é indicada quando os termômetros são individuais e quando não houver contraindicação, como: intervenções cirúrgicas na boca, inflamações na boca, pacientes inconscientes, crianças.

TCE 1482

S.E.S. FLS. 1471

Procedimento:

• Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35° em caso de termômetros não digitais;

• Colocar o termômetro embaixo da língua do paciente;

• Pedir para que o paciente cerre os lábios, firmando o termômetro no canto da boca;

• Após cinco minutos retirar o termômetro;

• Fazer a leitura;

• Anotar o valor da temperatura;

• Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70% e guarda-lo junto aos artigos do paciente;

• Abaixar a coluna de mercúrio para 35°C;

• Desprezar o algodão sujo;

• Registrar no prontuário os resultados conforme os horários de rotina.

Retal

É o mais eficiente entre os métodos de verificação de temperatura. Usado nos casos de impossibilidade de utilizar a técnica bucal e axilar. O termômetro deve ser de uso individual.

É contra indicado em pacientes que sofreram cirurgia retal, perineal e inflamações no reto e ânus.

Procedimento:

• Colocar o paciente na posição de Sims – decúbito lateral esquerdo com perna direita flexionada;

• Lubrificar a ponta do termômetro (ex: óleo mineral);

• Introduzir a ponta do termômetro no reto;

• Após cinco minutos retirar o termômetro;

• Fazer a leitura;

• Anotar o valor da temperatura;

• Lavar o termômetro com água e sabão;

• Passar álcool a 70% e guarda-lo junto aos artigos do paciente;

• Desprezar o algodão sujo;

• Registrar no prontuário os resultados conforme os horários de rotina.

Obs.: a temperatura também pode ser verificada na região inguinal, sob o queixo e o joelho, caso haja contra indicação nas regiões citadas anteriormente.

Pulso

O pulso é verificado na artéria radial, pediosa, temporal e carótida. Basta tocar nos pontos anatômicos corretos para verificar o pulso do paciente. As artérias mais comuns para verificar o pulso são a temporal facial, carótida, braquial, umeral, radial, cubital, femural, inguinal, poplítea, pediosa e tibial posterior.

Há fatores que afetam o pulso normal, como:

Fisiológicos- emoções, exercícios físicos.

Patológicos- febre, lipotimia que aumentam ou diminuem a frequência cardíaca.

Alterações na frequência cardíaca

Bradiarritmia - pulso lento com menos de 60 batimentos por minuto.

Taquiarritmia - pulso rápido com mais de 120 batimentos por minuto.

Ritmo cardíaco

Ritmo cardíaco é uniforme e com intervalos iguais. Quando há alterações, ocorrem as arritmias cardíacas.

O ritmo do pulso pode ser:

Regular – os batimentos cardíacos são uniformes;

Irregular – os batimentos cardíacos não uniformes.

Volume do pulso

O volume do pulso pode variar entre amplo e cheio ou pequeno e vazio. É caracterizado de acordo com a intensidade das contrações cardíacas.

Tensão das artérias

No pulso de tensão alta a artéria é dura, difícil de ser comprimida. No pulso de tensão baixa a artéria é mole, fácil de ser comprimida.

Procedimento:

• Manter o paciente em posição confortável, deitado ou sentado;

• Apoiar o braço, se o pulso verificado for radial;

• Colocar o dedo indicador e anelar no local e pressionar levemente, sem comprimir o local. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação poderá ser confundida com a do paciente;

S. E. S.
Fls: 1479
Rubrica
SUPERVISÃO DE LICITAÇÃO

• Contar o número de batimentos do pulso em um minuto;
• Comunicar ao enfermeiro ou médico qualquer alteração no ritmo cardíaco;
Anotar a frequência, ritmo e volume de acordo com os horários indicados.

TCE 1483

Respiração

É a troca de gazes entre o organismo e o meio ambiente que consiste basicamente na absorção de oxigênio, pela inspiração que permite a entrada de oxigênio nos pulmões, e a eliminação de gás carbônico, através da expiração que permite a saída do ar contido nos pulmões.

A respiração pode ser costal superior (mulher), costal inferior (homem) e abdominal ou diafragmática (criança).

Alteração na frequência respiratória

Taquipneia; - frequência respiratória rápida e superficial; **Polipnéia** – frequência respiratória aumentada e superficial; **Hiperpinéia** – frequência respiratória aumentada e profunda;

Bradpnéia – frequência respiratória lenta e com profundidade normal; **Oligopnéia ou hipopnéia** – frequência respiratória lenta e superficial; **Espanopnéia** – frequência respiratória lenta e profunda.

Ritmo

O ritmo pode ser normal e uniforme, nos casos de indivíduos sadios, chamado eupnéia, ou pode ser anormal, como descrito a seguir:

Apnéia – parada respiratória;

Cheyne-stoke – respiração que apresenta períodos de dispnéia, bradpnéia e apnéia. Os movimentos respiratórios aumentam e diminuem, e após uma pausa o ciclo reinicia. As fases de taquipnéia duram cerca de 30 segundos.

Kusmaul – é a respiração profunda e ruidosa, seguida de pausa, depois uma breve e queixosa expiração, seguida de nova pausa.

Biot – respiração periódica caracterizada pela presença de períodos de apnéia de duração variável de até 30 segundos. Pode ser repetida em intervalos regulares e irregulares.

Dispnéia – dificuldade de respirar. O paciente apresenta-se cianótico, com a pele em tom de cinza-azulado que se manifesta inicialmente em torno dos lábios e se estende para as extremidades de mãos e pés.

Procedimento

• Manter o paciente sentado ou deitado no leito;

• Ser natural, não deixando que o paciente perceba que sua respiração está sendo contada, pois pode causar-lhe ansiedade, o que pode alterar a frequência;

• Observar quando o tórax sobe e desce, ou os movimentos do abdômen e contar durante um minuto;

• Anotar o número de movimentos respiratórios por minuto;

• Comunicar ao enfermeiro ou médico qualquer alteração na frequência e ritmo respiratório.

Pressão Arterial

Definida como a pressão exercida nas paredes dos vasos sanguíneos pela força de contratibilidade do músculo cardíaco que bombeia o sangue.

Os fatores que determinam o grau de tensão sobre os vasos são:

• Força de contração do músculo cardíaco;

• Elasticidade das paredes arteriais;

• Resistência vascular periférica;

• Quantidade do sangue circulante;

• Viscosidade sanguínea.

Alguns fatores podem modificar a pressão arterial:

Fisiológicos – idade, sexo, postura, drogas;

Patológicos – convulsões, arteriosclerose, aumento da pressão intracraniana, hemorragias;

Locais para a verificação da pressão arterial:

• Braço – artéria braquial;

• Perna – artéria pediosa;

• Coxa – artéria poplítea.

Material:

• Estetoscópio;

• Esfigmomanômetro;

• Algodão embebido em álcool a 70%;

• Álcool a 70%;

TCE 1484

S.E.S. Fls: 1473 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Procedimento:

Orientar o paciente quanto ao procedimento;

Preparar o aparelho;

Testar o aparelho de PA;

Colocar o paciente sentado, deitado em posição confortável ou de acordo com orientação médica;

Apoiar sempre o braço aproximadamente na altura do coração;

Ajustar o manguito ao braço acima do cotovelo;

Sentir a pulsação da artéria braquial com as pontas dos dedos na parte anterior da articulação do cotovelo do paciente;

Desinfetar as olivas do estetoscópio com algodão embebido no álcool antes de colocar nos ouvidos;

Desinfetar o diafragma com algodão embebido no álcool antes e após colocar no paciente;

Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial do paciente;

Fechar a válvula de ar e insuflá-la rapidamente até que o movimento indique no manômetro 200mmHg aproximadamente.

Abrir lentamente a válvula e observar no manômetro o número correspondente ao primeiro ruído – pressão sistólica máxima, e o segundo ruído – pressão diástole mínima;

Nos casos de dúvidas, verificar novamente;

Desprender o manguito;

Anotar os valores pressóricos verificados;

Após verificar os sinais vitais informar o paciente sobre os valores e deixá-lo confortável;

Comunicar ao enfermeiro ou ao médico qualquer alteração na avaliação fisiológica da pressão arterial.

Administração de Medicamentos

Introdução

A administração de medicamentos do Hospital de Urgências de Trindade deverá ter um processo que envolva uma sequência de ações a serem desenvolvidas pelo profissional de enfermagem, a fim de obter os melhores resultados junto ao paciente, sem desperdício de recursos. Durante a fase de preparo o profissional de enfermagem deve ter muita atenção para evitar erros, assegurando ao máximo que o paciente receba a medicação corretamente.

Recomendações Gerais

• Lavar sempre as mãos antes do preparo, administração e logo após o procedimento;

• Preparar o medicamento em ambiente com boa iluminação;

• Concentrar a atenção no trabalho, evitando atividades paralelas, distrações e interrupções, que podem aumentar a chance de cometer erros;

• Ler e conferir o rótulo da medicação três vezes – quando pegar o medicamento, antes de colocar o medicamento no recipiente próprio para administração, e ao colocar o recipiente na prateleira ou desprezar o invólucro;

• Fazer desinfecção das ampolas e ou dos frascos antes de quebrar e ou aspirar à medicação;

• Preparar somente quando tiver certeza do medicamento prescrito, dosagem e via de administração;

• As medicações devem ser administradas sob prescrição médica, sendo, em casos de emergência, aceitável faze-lo baseado apenas em orientação verbal. Nesse caso, todas as medicações usadas devem ser prescritas pelo médico posteriormente, quando a situação estiver sob controle;

• Identificar o medicamento preparado com o nome do paciente, número do leito, nome da medicação, via de administração e horário;

• Proteger a seringa ou frasco com medicamento para evitar contaminação, podendo ser usado o próprio invólucro se não contaminado;

• Observar o aspecto e as características da medicação antes de prepará-la; e antes de administrá-la;

• Utilizar bandeja devidamente limpa;

• Deixar o local de preparo de medicação sempre em ordem e limpo, utilizando álcool a 70% para desinfetar a bancada;

• Devolver no final do plantão os medicamentos não utilizados e em hipótese alguma acumular "sobras";

• Manter a bandeja sempre a vista durante a administração, nunca a deixando sozinha junto ao paciente;

• Antes de administrar o medicamento, conferir cuidadosamente a identidade do paciente;

• Permanecer junto ao paciente até que tome o medicamento;

• A administração do medicamento deve ser feita pelo profissional que o preparou;

• Não se deve nunca se esquecer de registrar o medicamento que o paciente tenha recebido (checar a medicação);

• Em caso de recusa do medicamento, o profissional de enfermagem deve relatar imediatamente o fato ao (a) enfermeiro (a) e/ou médico e anotá-la no prontuário.

Convencionalmente em nosso meio, quando o medicamento não foi administrado por algum motivo, o horário correspondente é circundado, "bolado" à caneta e a justificativa anotada no prontuário do paciente;

• Utilizar luvas de procedimentos para medicações via sonda gástrica ou nasogástrica, via retal e parenteral;

• Nunca reencapar agulhas ou concitá-las da seringa para desprezar;

• As luvas de procedimentos e o algodão devem ser desprezados na lixeira com saco branco leitoso, para lixo infectante, dentro da enfermaria do paciente, conforme Programa de Gerenciamento de Resíduos da CCIH.

Vias de Administração de Medicamentos Administração Oral

• **Material:**

• 01 bandeja;

• 01 copinho;

• Medicamento prescrito.

Procedimento:

• Conferir a prescrição médica e medicação a ser administrada; •Identificar os copinhos com o nome do paciente, nome da medicação, horário e número do leito;

• Lavar as mãos;

• Diluir o medicamento se necessário;

• Conferir novamente a medicação e prescrição médica verificando data, paciente, hora, via de administração e dose;

• Levar a bandeja de medicação junto ao leito do paciente;

• Perguntar o nome do paciente sem sugestionar;

• Oferecer o medicamento;

• Observar se o paciente ingeriu a medicação;

• Lavar as mãos;

• Checar na prescrição médica.

Cuidados importantes:

• Agitar o frasco de medicamento líquido antes de entorná-lo pelo lado oposto ao do rótulo, evitando assim, que o líquido escorra sobre ele, tornando difícil a leitura;

• Os frascos multi-doses deverão ser diluídos quando abertos;

• Frascos multi-doses que ficam "estocados" no posto, verificar sempre a data de validade e condições de armazenamento antes de administrá-lo ao paciente. Se necessário trocar o frasco na farmácia;

• Segurar o recipiente graduado (copinho) e vidro ao nível dos olhos para despejar o líquido até a altura correspondente à dose, facilitando desse modo a colocação precisa do medicamento;

• Colocar comprimidos, drágeas ou cápsulas no recipiente sem tocá-las diretamente com a mão;

• Se houver dificuldade na identificação do medicamento, não administrá-lo;

• Devolva-o à farmácia e solicite outro medicamento com identificação legível;

• Se um paciente recebe vários medicamentos simultaneamente, a prática mais segura é a de usar recipientes separados, possibilitando a identificação segura dos medicamentos que efetivamente o paciente recebeu. Em casos de aceitação parcial ou perdas acidentais de uma parte deles, será possível registrar adequadamente o ocorrido e ou repor a medicação perdida;

• Observar se o paciente não está com indicação de jejum, controle hídrico, além de fatores que influenciam a administração, como sonda nasogástrica, condições relativas à deglutição, náuseas, vômitos, entre outros;

• No caso de administração de medicação sublingual, observar a colocação do medicamento sob a língua do paciente e orientá-lo para que deixe ali, sem mastigá-lo ou engoli-lo, até ser totalmente dissolvido, não se devem oferecer líquidos com a medicação sublingual;

• No uso de medicação via SNE ou SNG Lavar (10 a 20ml de água pela seringa sob pressão) logo após a administração da medicação, a fim de evitar obstrução da mesma.

S. E. S. Fls: 1475 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Administração Via Retal

As formulações destinadas para uso retal podem ser sólidas ou líquidas.

• **Formulações sólidas** – denominada supositório – possuem formato e consistência que facilita sua aplicação, não devendo ser partido. Dissolve-se em contato com a temperatura corporal e é indicado principalmente para a estimulação da peristalse para facilitar a defecação. Quando efetivo, os resultados manifestam-se dentro de 15 a 30 minutos, mas podem tardar até uma hora.

• **Formulação líquida** – pode ser em grande quantidade, denominada lavagem intestinal (de 1000 a 2000ml) ou em pequena quantidade, chamada de clister (150 a 500ml).

Geralmente são usadas na lavagem intestinal para a remoção das fezes em caso de fecaloma, preparo para procedimentos cirúrgicos ou exames (ex: colonoscopia).

Material:

• 1 frasco de Clister ou Fleet Enema (conforme prescrição médica);

• Papel higiênico;

• 01 comadre;

• 01 par de luvas de procedimento;

• 01 sonda retal.

Procedimento:

• Explicar ao paciente o procedimento;

• Preparar o material;

• Mornar quando for solução glicerinada ou soro fisiológico;

• Lavar as mãos, calçar luvas de procedimentos;

• Colocar biombo, para não expor o paciente;

• Colocar o paciente em posição de Sims, (decúbito lateral esquerdo e perna direita fletida);

• Afastar a prega interglútea e instilar o líquido;

• Introduzir a sonda retal lubrificada (ex: xilocaína gel ou óleo mineral) no ânus do paciente;

• Colocar o paciente na comadre, deixando o papel higiênico à mão, nos casos de pacientes dependentes, ou encaminha-lo ao banheiro;
• Fazer a higiene intima;
• Retirar o material usado;
• Limpar e organizar o material;
• Retirar as luvas de procedimentos;
• Lavar as mãos;
• Fazer anotação de enfermagem no prontuário.

Observação:

No caso de irrigação gota a gota acrescentar um equipo ao material, procedendo a mesma forma de instalação, deixando o sistema instalado até o final da solução.

Administração Via Parenteral

A via parenteral é utilizada quando se deseja uma ação imediata da droga, quando não há possibilidade de administração por via oral, ou quando há interferência na assimilação da droga pelo trato gastrointestinal. A enfermagem utiliza comumente as seguintes formas de administração parenteral: intradérmica, subcutânea, intramuscular e endovenosa.

Observação: Observar recomendações de rotina de controle de infecção decorrente sanguínea de CCIH.

Preparo da Medicação:

• Observar o prazo de validade, o aspecto da solução, bem como a integridade do frasco;
• Certificar que todo o medicamento está contido no corpo da ampola, pois o estreitamento do gargalo faz com que uma parte do medicamento muitas vezes, fique na sua parte superior;
• O mesmo cuidado deve ser observado com o pó liofilizado no frasco ampola;
• Lavar as mãos com água e sabão;
• Observar a integridade dos invólucros que protegem a seringa e a agulha;
• Monte a seringa com a agulha respeitando a técnica asséptica;
• Desinfetar toda a ampola com algodão embebido em álcool a 70% destacando o gargalo, no caso do frasco ampola, levantar a tampa metálica e desinfetar a borracha;

S.E.S. Fls: 1476 Rubrica

• Proteger o gargalo da ampola com algodão na hora de quebrá-lo;

• Aspirar ao diluente (no caso de frasco ampola) introduzi-lo dentro do frasco e deixe que a força da pressão interna do frasco, desloque o ar para o interior da seringa;

• Homogeneizar o diluente com o pó liofilizado sem sacudir;

• Introduzir o ar da seringa para o interior do frasco. Este procedimento visa aumentar a pressão dentro do frasco, facilitando a retirada do medicamento, visto que os líquidos movem-se de uma área de maior pressão para a de menor pressão;

• Manter o frasco invertido para baixo, enquanto aspira ao medicamento;

• Proteger a agulha com o protetor e o êmbolo da seringa com o próprio invólucro;

Identificar o material com fita adesiva com o nome do paciente, número do leito, medicamento, horário, dose e via de administração.

Administração Intradérmica

É a introdução do medicamento na derme. É raramente usada para tratamento, porém incide na disseminação de vacinas.

Volumes máximos administrados – 0,1 a 1,0ml.

Locais de aplicação:

• Face interna ou ventral do antebraço;

• Região escapular (parte superior das costas);

• Parte inferior do deltóide direito (exclusivamente para a vacina BCG).

Material:

• 01 bandeja;

• 01 seringa de 3ml ou 5ml;

• 01 agulha para injeção 03X07;

• 01 bola de algodão;

• 05ml de álcool;

• Luvas de Procedimentos;

• Medicamento prescrito.

Procedimento:

Lavar as mãos;

Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha;

Orientar o paciente quanto ao procedimento;
Calçar luvas de procedimentos;
Posicionar a agulha em ângulo de 15° em relação à superfície da pele;
Introduzir a agulha com o bisel para cima para formar uma pápula;
Checar na prescrição médica;
OBS.: Não fazer a anti-sepsia da região, o que causaria o desenvolvimento de reações falso-positivas em testes de hipersensibilidade e a redução da atividade das vacinas administradas.

Administração Via subcutânea

É a introdução do medicamento na região subcutânea. É utilizada para drogas que não necessitem de absorção imediata e sim quando se deseja uma absorção continua.

Podem ocorrer lesões inflamatórias locais, sendo de grande importância o rodízio da aplicação como um método profilático.

Volume máximo administrável – 3 ml.

Locais de aplicação:

• Parte superior externa dos braços;
• Face lateral externa e frontal das coxas;
• Regiões glúteas, direita e esquerda;
• Região abdominal – hipocôndrios direito e esquerdo, exceto a região periumbilical;
• Regiões supra-escapular e infra-escapular;
• Faces externas, anterior e posterior dos braços;
• Região intermediária lateral das costas (próxima ao quadril direito e esquerdo).

Material:

• 01 bandeja;
• 01 seringa de 1ml;
• 01 agulha 13X25;
• Luvas de procedimentos;
• 02 bolas de algodão;
• 05ml do álcool a 70%;
• Medicamento prescrito.

S. E. S.
Fls: 1477
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Procedimento: TCE 1488

• Lavar as mãos;

• Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha;

• Orientar o paciente quanto ao procedimento;

• Calçar luvas de procedimentos;

• Fazer anti-sepsia da pele de cima para baixo;

• Posicionar a agulha em ângulo de 90º em relação à superfície da pele;

• Introduzir a agulha com bisel para baixo;

• Não friccionar o local após a aplicação;

• Retirar luvas e lavar mãos;

• Checar na prescrição medica.

Administração Via intramuscular

É aplicada no tecido muscular através da pele,tendo a desvantagem de ser dolorosa pela introdução da agulha e absorção do medicamento. O desconforto da aplicação desse medicamento pode ser minimizado com os seguintes cuidados:

• Manter a técnica asséptica durante todo o procedimento;

• Ao escolher o local de aplicação, observe a condição do músculo;

• Assegure a privacidade do paciente, sem expô-lo desnecessariamente;

• Não hesitar em aplicar a injeção;

• Injetar lentamente as soluções;

• Fazer uma pressão no local administrado com a extremidade dos dedos, para auxiliar na absorção da droga;

• Checar na prescrição médica.

Volume máximo administrável

– 3 ml.

Locais para aplicação:

• Regiões deltoideanas;

• Região dorsoglútea;

• Região ventroglútea;

• Região anterolateral da coxa (músculo vastolateral).

Recomendações importantes:

• Não administrar medicamentos por via intramuscular na região dorsoglútea em crianças de 0 a 2 anos, adultos excessivamente magros ou com mais de 60 anos;

• Priorizar a região vastolateral da coxa em crianças menores de 1 ano;

• Não administrar diclofenaco de sódio e penicilina benzatina na região deltóide, em qualquer idade. Nessas medicações só usar agulhas 30x8;

• Rodiziar o local de aplicação.

Material:

• 01 bandeja;

• 01 seringa de 3ml ou 5ml;

• 01 agulha 30X06, 30X07 ou 30X08;

• 02 bolas de algodão;

• 05ml do álcool a 70%;

• Luvas de procedimentos;

• Medicamento prescrito.

Procedimento:

• Lavar as mãos;

• Escolher a seringa de acordo com o volume a ser injetado;

• Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha;

• Orientar o paciente quanto ao procedimento;

• Calçar luvas de procedimentos;

• Fazer anti-sepsia da pele de cima para baixo;

• Posicionar a agulha em ângulo de 90° em relação à superfície da pele;

• Introduzir a agulha com bisel para baixo;

• Aspirar antes de injetar o medicamento, verificando se algum vaso foi atingido;

• Injetar lentamente o líquido;

• Fazer uma leve compressão no local após a administração;

• Retirar luvas e lavar as mãos;

• Checar na prescrição médica.

Fls: 1478
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1489

Administração Via endovenosa

A via endovenosa é usada quando se deseja uma ação rápida do medicamento ou porque outras vias não são propícias. Sua administração deve ser feita com muito cuidado, considerando-se que a medicação entra direto na corrente sanguínea, podendo ocasionar sérias complicações ao paciente, caso as recomendações preconizadas não sejam observadas. As soluções administradas por essa via devem ser cristalinas, não oleosas e sem flocos em suspensão.

Alguns acidentes podem acorrer na administração de medicamentos endovenosos:

• **Esclerose da veia** – aplicação sucessiva no mesmo local;

• **Abscessos**- administração de medicamentos fora da veia, anti-sepsia inadequada no local da punção e material contaminado;

• **Hematoma**- extravasamento de sangue da veia no espaço intersticial por transfixação da veia;

• **Flebite**- longa permanência de dispositivos endovenosos ou drogas irritantes;

• **Êmbolos** – deslocamento de resíduos de medicamentos mal diluídos ou coágulos de sangue podem agir como êmbolos;

• **Infiltração**- passagem do líquido para o tecido subcutâneo. Ocorre por deslocamento da agulha ou pela sua penetração na parede do vaso;

• **Choque** - quando se aplica determinado medicamento, pode ocorrer o estado de choque, vasodilatação geral, palidez, vertigem, agitação, cianose, ansiedade, tremores.

Pode se tratar do **choque pirogênico** que ocorre quando existe pirogênio no medicamento, ou seja, substância produzida por bactéria, produzindo reações como febre e alergias; **choque anafilático** devido à hipersensibilidade do paciente ao medicamento.

Volume máximo administrável – não há limite, exceto nos casos em que a patologia contraindique volumes elevados.

Locais de aplicação:

• Região cefálica (crianças);

• Região temporossuperficial e regiões epicranianas;

• Região dos membros superiores: braço (cefálica e basílica), antebraço (intermediária cefálica, intermediária basílica, mediana e radial);

• Ulnar;

• Mão: rede do dorso da mão;

• Região dos membros inferiores: perna (face posterior do joelho), safena magna e tibial anterior; pé (rede do dorso do pé).

Obs: Observar orientações adicionais na Rotina de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea da CCIH.

Material:

Mesmo da injeção intramuscular, acrescentando em caso de grande volume de medicação:

• 01 bandeja;

• 01 Equipo;

• 01 cateter intravenoso (abocath ou jelco);

• 01 pacote de gaze;

• 30 cm de esparadrapo ou micropore;

• Medicamento;

• Luvas de Procedimentos.

Procedimento:

• Lavar as mãos;

• Preparar a medicação fazendo a desinfecção da ampola e, após a aspiração do medicamento, colocar o protetor na agulha;

• Posicionar o paciente deitado ou sentado;

• Orientar o paciente quanto ao procedimento;

• Calçar luvas de procedimentos;

• Inspecionar as condições da veia e selecionar a mais apropriada;

• Garrotear o braço aproximadamente 10 cm acima da veia escolhida. Para facilitar a visualização d veia na mão e braço, convém o paciente cerrar o punho durante a inspeção e a punção venosa;

• Fazer anti-sepsia da pele de cima para baixo;

• Fixar a veia e fazer a punção;

• Inserir o cateter ou agulha em um ângulo de 15° a 30° graus mantendo a pele esticada com o bisel voltado para cima, facilitando a introdução;

• Retirar o garrote;

• Administrar lentamente o medicamento, evitando assim reações adversas, já que muitos medicamentos podem produzir efeitos indesejáveis de imediato. Nesses casos, interrompa a aplicação e comunique o fato o (a) enfermeiro(a) ou médico;

S. E. S.
Fls: 1479
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1490

• Retirar o cateter ou agulha e comprimir o local;

• Retirar luvas e lavar as mãos;

• Checar na prescrição médica.

Recomendações importantes:

• Seguir Rotina de Controle de Infecção para acesso vascular para a manutenção da punção;

• Evitar punção venosa de membros inferiores em pacientes adultos;

• O local escolhido deve ser seguro, de fácil acesso, confortável ao paciente;

• O seguimento escolhido deve ser mais longo que a agulha;

• Evitar "tapinha" sobre o local a ser puncionado, pois permitem o rompimento da veia no momento da punção;

Não puncionar membros com fístula arterio-venosa para hemodiálise, paresia, paralisia ou membro do mesmo lado em que foi feita uma mastectomia.

Venóclise:

Venóclise é a administração endovenosa de regular quantidade de líquido através de gotejamento controlado, para ser infundido num período de tempo pré-determinado. É indicada principalmente para repor perdas de líquidos do organismo e administrar medicamentos. As soluções mais utilizadas são a glicosada 5%, fisiológica 0,9% e ringer simples.

Recomendações importantes:

• Atentar para a identificação, registrando no rótulo: o nome do paciente, a solução a serem injetados, os medicamentos e seus complementos do soro, caso houver, tempo em que a solução deverá ser infundida, número de gotas por minuto, início e término, data e assinatura;

• Estabelecer a punção venosa em local longe de articulações e de fácil acesso, para facilitar manutenção da via e oferecer conforto ao paciente;

• Não puncionar veias esclerosadas (são veias com paredes espessas e endurecidas), devido a deficiência circulatória;

• Realizar a punção com técnica asséptica, mantendo todo o conjunto de punção limpo, inclusive sua fixação, prevenindo infecção;

• Manter as conexões do sistema bem adaptadas evitando extravasamento de solução, contaminação, refluxo sanguíneo e entrada de ar;

• Manter a observação constante no local, a fim de detectar precocemente a infiltração nos tecidos adjacentes;

• Retirar o dispositivo da punção e providenciar outra via de acesso venoso, na presença de sinais de flebite (edema e hiperemia local). Comunicar o caso o (a) enfermeiro (a);

• Garantir a infusão do volume e dosagem dentro do tempo estabelecido. Para isto, deve-se controlar constantemente o gotejamento, que não deve ser alterado em casos de atraso, para evitar a sobrecarga cardíaca;

• Orientar aos pacientes que deambulam manterem o frasco elevado para promover gotejamento contínuo, evitando refluxo, coagulação sanguínea e obstrução do cateter;

• Orientar o paciente não abrir ou fechar o gotejamento.

Registrar no local da punção data, hora e assinatura do profissional responsável.

• Administração de medicações de horário pela "borrachinha" do equipo: fazer desinfecção do local antes da introdução da agulha;

• Não injetar medicamentos perfurando o frasco de soro ou deixar agulhar tipo "suspiro" para evitar contaminação do sistema;

• Evitar excesso de polifix ou tree-wall.

Técnica para Mensuração de Glicemia Capilar

É a verificação, por meio de amostra de sangue capilar, da quantidade de glicose presente na corrente sanguínea.

Material;

• 01 unidade de fita de glicoteste;

• Aparelho de HGT;

• 01 bola de algodão;

• 01 pacote de gaze;

• 01 unidade de agulha 13 x 4,5(agulha de insulina);

• Luvas de procedimentos.

S.E.S.
Fls: 1430
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1491

Procedimento:

• Preparar o material;
• Orientar o paciente quanto ao procedimento;
• Lavar as mãos;
• Calçar luvas de procedimentos;
• Posicionar um dos dedos em que será realizado o teste, de maneira que a gota de sangue pingue na fita reagente conectada ao aparelho;
• Comprimir o dedo acima do local a ser puncionado;
• Realizar anti-sepsia do dedo com álcool 70%;
• Fazer um pequeno furo com agulha de insulina no dedo;
• Esperar a gota de sangue pingar sobre a fita – não esfregar o dedo na fita;
• Aguardar por 30 segundos aproximadamente;
• Fazer a leitura;
• Limpar o dedo do paciente;
• Organizar o material;
• Retirar as luvas;
• Lavar as mãos;
• Anotar o resultado no prontuário.

Observação:

Qualquer alteração, comunicar a enfermeira ou medico do paciente e medicar conforme prescrição médica e de acordo com o resultado do HGT.

Administração de Sangue ou Hemoderivados Procedimentos de Enfermagem:

• Avisar ao banco de sangue sobre a prescrição e anotar no pedido o horário e o nome do funcionário que o atendeu;
• Encaminhar o pedido de administração de sangue ou hemoderivados para o setor;
• Manter o gotejamento de acordo com a prescrição médica;
• Observar o posicionamento da agulha, evitando a infiltração nos tecidos;
• Caso haja Intercorrências durante a transfusão, solicitar o responsável técnico do banco de sangue e avisar ao médico;
• Observar anormalidades;

OBS.: A instalação e a troca das bolsas de sangue ou hemoderivados é de responsabilidade do Banco de Sangue.

• O técnico do Banco de Sangue deverá instalar punção venosa exclusiva para administração do sangue ou hemoderivados, não sendo permitido usar a mesma via do soro e medicações;

• Pacientes com difícil acesso venoso deverão ser avaliados pelo enfermeiro responsável e suspender as medicações, se for o caso;

• Seguir orientações da Rotina de Controle de Infecção de Corrente Sanguínea da CCIH.

Reações Pirogênicas:

Sintomas

• Calafrios súbitos e febre.

• Cefaléia.

• Vermelhidão e taquicardia.

Condutas

• Interromper a transfusão e avisar ao médico.

• Administrar medicamento conforme prescrição.

• Verificar a temperatura meia hora após o início dos calafrios.

Preencher notificação para Corisca.

Movimentação e Transporte de Paciente

Conceito: É mover, e levantar ou transportar o paciente para um determinado local através da utilização de movimentos planejados.

Objetivos:

• Proporcionar conforto e segurança ao paciente;

• Evitar esforços desnecessários e lesões corporais;

• Aliviar a pressão de determinada área (evitar escaras).

O primeiro fator importante ao se mover ou levantar o paciente, é o emprego de uma boa mecânica corporal por parte da enfermagem e de outra pessoa que ajude. Devem-se evitar esforços desnecessários, prevenindo danos para si e para o paciente.

S.E.S. Fls: 1481 Rubrica
TCE 1492

Os movimentos devem ser planejados. É bom fazer uma pequena contagem para todos agirem juntos, somando forças, empregando princípios de ergonomia. Por exemplo, contar 1 – 2 – 3 = já!

Procedimentos comuns:

- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento;
- Calçar luvas de procedimentos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Registrar no prontuário todos os procedimentos realizados com o paciente;
- Deixar a unidade em ordem.

Decúbito Dorsal Para Lateral Direito Ou Esquerdo

Duas Pessoas Procedimento:

• Dobrar em leque o sobrelençol até a altura dos pés;

• As duas pessoas executantes devem colocar-se à esquerda do paciente;

• 1ª pessoa: colocar o braço direito sob o ombro do paciente, apoiando a cabeça. Em seguida colocar o braço esquerdo sob a região lombar;

• 2ª pessoa: colocar o braço direito sob a região lombar e o esquerdo sob o terço superior da coxa;

• Colocar o braço esquerdo do paciente sobre o tórax, o direito semiflexionado e abduzido sobre o leito e flexionar o joelho esquerdo;

• Colocar uma das mãos sobre o quadril do paciente e virá-lo delicadamente para o lado direito;

• Colocar um travesseiro apoiando a cabeça, pescoço e ombro, outro amparando as costas e um terceiro entre os membros inferiores;

• Colocar o braço esquerdo do paciente de modo que não pressione o tórax;

• Cobrir o paciente;

• Deixar a unidade em ordem.

OBS: Para as mudanças de decúbito inverso seguir os mesmos passos, mudando o posicionamento dos executantes e do paciente.

Duas Pessoas com Lençol

Procedimento:

• Dobrar em leque a colcha e o sobre lençol;

• Ficar uma pessoa de cada lado do paciente;

• Soltar o lençol móvel;

• Enrolar as extremidades laterais do lençol bem próximo do paciente;

• Executar a técnica da seguinte maneira: ambos seguram o lençol na altura do ombro e do terço superior da coxa;

• Colocar o paciente para o lado esquerdo com movimentos sincronizados;

• Colocar o braço esquerdo do paciente sobre o tórax, deixando o outro sem flexionado e abduzido sobre o leito e flexionar o joelho esquerdo;

• Colocar uma das mãos sobre o ombro e a outra sobre o quadril do paciente e virá-lo delicadamente para o lado direito;

• Colocar um travesseiro apoiando a cabeça, pescoço e ombro, outro amparando as costas e outro entre os membros inferiores;

• Colocar o braço esquerdo de modo que não pressione o tórax;

• Prender o lençol;

• Cobrir o paciente.

OBS: Para movimentar o paciente do decúbito dorsal para a lateral esquerda, seguir as mesmas regras, mudando o posicionamento do paciente.

Movimentação do Paciente para a Cabeceira

Quando O Paciente Auxilia

Procedimento:

• Dobrar em leque a colcha e sobre lençol até altura dos pés;

• Proteger as grades de cabeceira com travesseiros;

• Solicitar ao paciente, que flexione os joelhos, apoiando firmemente as pernas e pés no colchão;

• Apoiar o ombro e a coxa do paciente com as mãos;

• Orientar o paciente solicitando-o para dar um impulso com os pés no sentido da cabeceira;

• Colocar o travesseiro e arrumar a cama;

• Cobrir o paciente.

TCE 1493

S. E. S.
Fls: 1482
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Quando o Paciente não Auxilia (Duas Pessoas com Lençol Móvel ou Lençol)

Procedimento:

• Dobrar em leque o sobrençol até a altura dos pés;

• Proteger as grades da cabeceira com o travesseiro;

• Ficar uma pessoa de cada lado do paciente;

• Soltar o lençol móvel ou lençol;

• Enrolar as extremidades laterais do lençol bem próximos do paciente;

• Ambas as pessoas devem segurar o lençol na altura do ombro e na região coxofemoral;

• Deslocar o paciente para a cabeceira da cama com movimentos sincronizados;

• Colocar o travesseiro e arrumar a cama;

• Cobrir o paciente e deixar a unidade em ordem.

Transporte do Paciente da Cama para a Maca (Quatro Pessoas com Lençol)

Procedimento:

• Antes do procedimento, fechar infusões venosas, e SNG, SNE ou SVD;

• No caso SVD, exames demorados abrir sonda enquanto aguarda;

• Desprender as roupas de cama;

• Dobrar em leque o lençol e o cobertor até os pés;

• Em quatro pessoas, devem portar-se duas pessoas á direita e duas pessoas á esquerda do paciente;

• Enrolar as extremidades laterais do lençol bem próximas ao paciente;

• Passar o paciente para a beira da cama com movimentos simultâneos;

• Colocar a maca paralela ao leito, próxima do pacientes;

• Transportar o paciente da cama para a maca num só movimento;

• Afastar a maca da cama, arrumar as roupas e levantar as grades laterais;

• Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.

Da Cama para a Cadeira de Rodas (Duas Pessoas com Lençol)

Procedimento:

• Colocar a cadeira de rodas próximas aos pés da cama. Deixar travada;

• Colocar o lençol sobre o paciente;

• Levantar a cabeceira e sentar o paciente na borda da cama observando sinais de vertigem, palidez, etc;

• Enrolar as bordas laterais do lençol próximos do paciente;

• Transportar com movimentos sincronizados para a cadeira de rodas;

• Deixar a unidade em ordem.

Cuidados Importantes:

• Fazer a desinfecção concorrente da maca e da cadeira de rodas após cada transporte;

• Utilizar corretamente a mecânica corporal a fim de evitar lesões corporais e desgastes desnecessários;

• Puxar a cadeira de rodas pelas costas ao descer a rampa;

• Agasalhar o paciente nos dias frios;

• Cuidados com infusões, sondas, dietas, drenos, etc.

Promoção de Conforto e Segurança do Paciente

Conforto: Bem-estar físico e mental; estado isento de ansiedade, dor ou inquietação.

Tipos de Conforto: Espiritual, psicológico, físico.

Métodos para Proporcionar Conforto Físico.

• **Rolo**; com travesseiro ou cobertor.

• **Argolas de Algodão** (diminuir a pressão de regiões com proeminências ósseas, como cotovelos, calcâneos, joelhos e região occipital).

Posições do Corpo

Finalidades:

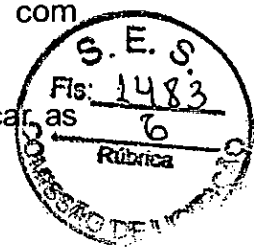
• Proporcionar conforto;

• Realizar exames físicos;

• Tratamentos e cirurgias;

• De acordo com a região a ser examinada, a enfermagem deve ajudar o paciente a adotar posições específicas, de modo a facilitar a observação ao examinador e manter o conforto e a privacidade do paciente;

TE 1491



• Recomenda-se usar: lençóis, campos, perneiras. E isolar o paciente com biombo se necessário;
• O funcionário deverá lavar as mãos antes e pós o procedimento e calçar as luvas de procedimentos.

Decúbito Horizontal- ou decúbito dorsal

O paciente se deita de costas, com as extremidades inferiores em extensão ou ligeiramente flexionadas para permitir o relaxamento dos músculos abdominais.

• Sob a cabeça colocam-se travesseiros (1 ou 2)
• Os braços cruzam sobre o tórax ou estendidos.
• Cobrir o paciente com lençol (solto do colchão).

Procedimento:

• Lavar as mãos; Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
• Colocar a mesa de exame ou o leito na posição horizontal;
• Deitar o paciente horizontalmente de costas;
• Manter os membros superiores ao longo do corpo em posição anatômica e os inferiores alinhados;
• Manter o paciente protegido com o lençol, expondo apenas a área a ser examinada;
• Deitar o paciente em posição confortável após exame;
• Lavar as mãos;
• Proceder às anotações no prontuário.

Posição de Fowler.

O paciente fica semi-sentado, com apoio nos joelhos e nos pés.

Indicada:

• Descanso e conforto;
• Exames;
• Melhorar respiração (pacientes cardíacos e pulmonares);
• Evitar aspiração em pacientes com dietas por SNG ou SNE.

Existem duas variações da posição de fowler que podem ser classificadas como:

Semi – fowler: é uma elevação da cabeça de aproximadamente 30º, posição confortável para o paciente que deve ficar com a cabeça e o tórax ligeiramente elevados;

Posição usada em caso de pacientes com SNG ou SNE, para prevenir pneumonias aspirativas;

Fowler alta - É a posição totalmente sentada, ou seja, com a cabeceira da cama elevada a um ângulo de 90°.

Procedimento:

• Lavar as mãos;

• Explicar ao paciente a finalidade e o procedimento;

• Colocar o paciente em decúbito dorsal;

• Elevar os pés da cama;

• Elevar a cabeça e o tórax do paciente até formar um ângulo de 45° em relação ao nível normal do leito;

• Proteger o paciente com lençol expondo a região a ser examinada;

• Deitar o paciente em posição confortável após exame ou tratamento;

• Lavar as mãos;

• Fazer anotações no prontuário.

Decúbito Ventral ou Prona

Paciente deitado sobre o abdome, com a cabeça voltada para o lado.

Indicação:

• Exames da coluna vertebral;

• Exames da região cervical.

Para conforto pode ser de:

Curta duração: mãos pendentes, cabeça voltada para o lado, sem travesseiros, e os pés sobre a cama.

Longa duração: os braços fletidos, voltados para cima ou ao longo do corpo. Os pés elevados com travesseiros, à cabeça para o lado com pequeno travesseiro em baixo.

Decúbito lateral ou SIMS

Pode ser "direita" ou "esquerda" conforme deitado sobre o lado direito ou esquerdo.

TCE 1495
S. E. S.
Fls: 1484
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Indicação:

Lavagem intestinal, aplicação de medicamentos por via retal, verificação de temperatura retal e repouso.

Procedimento:

• Colocar biombo;

• Lavar as mãos;

• Calçar as luvas de procedimentos;

• Deitar o paciente sobre o lado, colocar travesseiro pequeno para servir de apoio;

• Colocar braço esquerdo para trás do corpo e o braço direito em qualquer posição;

Flexionar as pernas: a direita em ângulo agudo (perto do paciente) e a esquerda menos flexionada;

Genupeitoral

Indicação: exames vaginais e retais

Procedimento:

• Colocar biombo;

• Lavar as mãos;

• Calçar as luvas de procedimentos;

• Posicionar o paciente ajoelhado e com o peito apoiado na cama;

• Colocar travesseiro sobre o tórax e cabeça do paciente;

• Os braços flexionados nos cotovelos;

Cobrir o paciente com dois lençóis ou campo fenestrado.

Ginecológica

Indicação: exames ginecológicos.

Procedimento:

• Colocar biombo;

• Lavar as mãos;

• Calçar as luvas de procedimentos;

• Posicionar o paciente deitado de costas, com as pernas flexionadas sobre as coxas, a planta dos pés sobre o colchão e os joelhos bem afastados um do outro.

Litotômica.

É considerada uma modificação da ginecológica.

Indicação:

• Parto;

• Operação ou exame de períneo, vagina e bexiga.

Procedimento:

• Colocar biombo;

• Lavar as mãos;

• Calçar as luvas de procedimentos;

• O Paciente é colocado em decúbito dorsal, com os ombros e a cabeça ligeiramente elevados As coxas bem afastadas são flexionadas sobre o abdome;

• As nádegas devem ficar um pouco fora do colchão.

Tredelemburg.

Indicações:

• Facilitar drenagem de secreções brônquicas;

• Melhorar retorno venoso (varizes, hemorragias, hipotensão, choque);

• Cirurgia de órgão pélvico, para descolar o intestino para o abdome, para facilitar o procedimento.

Procedimento:

Posicionar o Paciente com o corpo inclinado, com a cabeça em plano mais baixo que o resto do corpo, com declive de 30 a 45°.

Higienização do Paciente

Banho do Paciente Acamado Conceito

É a higiene corporal do paciente acamado, com dependência parcial ou total da enfermagem.

Finalidades

• Favorecer a manutenção das funções da pele;

• Estimular a circulação;

• Proporcionar conforto e bem estar físico e mental;

• Limpar e proteger a pele.

S. E. S.
Fls: 1485
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1496

Material:

- Bandeja contendo:
- Bacia;
- Jarro;
- Sabonete;
- Cuba rim;
- Cinco bolas de algodão ou pacotes de gases;
- Par de luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Pente;
- Pano de limpeza;
- Saco plástico pequeno;
- Uma pinça;
- Roupa de cama, toalha de rosto e de banho, pijama ou camisola;
- Biombo;
- Hamper;
- Comadre forrada;
- Balde;
- Papel toalha;
- Hidratante corporal ou óleo mineral, se necessário.

Procedimento:

- Conversar com o paciente sobre o procedimento;
- Observar as condições do paciente;
- Reunir o material;
- Preparar o ambiente;
- Fechar a janela;
- Proteger o leito com biombo;
- Desocupar a mesa de cabeceira;
- Lavar as mãos;
- Trazer o hamper, a cuba com a solução, os panos de limpeza, o álcool a 70% e o saco de lixo pequeno;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Limpar a mesa de cabeceira, iniciando pela parte interna;

• Passar a bandeja para a mesa de cabeceira;

• Levar o material para a unidade: colocar a bandeja na mesa de cabeceira, a comadre na cadeira, as roupas nos pés do leito e o balde sobre a toalha de papel no chão, aos pés do leito;

• Trocar as luvas de procedimentos;

• Dobrar a roupa e colocar no espaldar da cadeira;

• Soltar a roupa do leito, iniciando pelo lado oposto;

• Retirar a colcha, a camisola do paciente e travesseiros extras, se houverem;

• Lavar e enxaguar o rosto do paciente;

• Colocar a toalha de rosto protegendo o tórax e descer o lençol protetor do paciente até a região pubiana;

• Lavar e enxugar os membros superiores, iniciando pela parte distal do braço oposto, se tiver condições;

• Lavar as mãos do paciente na bacia;

• Lavar e enxugar o tronco anterior, dando especial atenção à base dos seios e axilas, descobrindo um lado de cada vez, iniciando pelo oposto;

• Colocar a toalha sobre os membros inferiores e lavá-los separadamente, iniciando pela parte mais distal, deixando os pés por último;

• Lavar os pés na bacia, separadamente e enxugar bem;

• Virar o paciente em decúbito lateral, lavar, enxugar, massagear a região dorsal com a solução indicada (óleo glicerinado ou hidratante corporal);

• Lavar e pentear os cabelos;

• Trocar a roupa de cama procedendo à limpeza diária;

• Desprezar as roupas usadas diretamente no hamper, nunca no chão;

• Deixar o paciente confortável;

• Organizar a unidade, encaminhando o material ao expurgo;

• Cuidar do material;

• Retirar as luvas;

• Lavar as mãos;

• Registrar no prontuário o procedimento, bem como qualquer alteração observada na pele do paciente;

S.E.S
1486
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1497

• Em caso de paciente masculino fazer a barba, quando houver necessidade;

• Organizar e realizar o corte de cabelos, referente à pacientes de longa permanência na unidade, atentando para não deixar a sujidade dos fios de cabelos nos enxovais.

Observações:

• Retirar bem o sabonete da pele a fim de evitar irritação;

• Evitar cansar o paciente;

• Expor o paciente estritamente o necessário;

• As unhas devem ser cortadas e limpas sempre que necessário;

• Durante o banho observar rigorosamente as condições físicas e mentais do paciente, registrando-as.

Observar as condições da pele e proeminências ósseas, hidratar e massagear estas regiões a fim de evitar úlceras de decúbitos.

Higienização Oral

A promoção e manutenção de boas condições de higiene da boca e dos dentes são fundamentais para saúde e conforto do paciente, evitando a proliferação de bactérias. É hábito a escovação dos dentes pela manhã, após as refeições e antes de se deitar (no mínimo 4 vezes ao dia). A higiene oral compreende: limpeza dos dentes, das gengivas, bochechas, língua e lábios.

Finalidades

• Evitar mau hálito;

• Conservar a boca livre de resíduos alimentares;

• Manter a integridade da mucosa oral;

• Proporcionar conforto e bem estar ao paciente;

• Prevenir a cárie dentária, estomatites e outras infecções.

Material

• Escova de dente;

• Creme dental ou solução dentifrícia;

• Solução anti-séptica ou solução bicarbonatada;

• Copo com água;

• Espátula com gazes ou escova de dente do paciente em bom aspecto;

• Bandeja; Cuba rim;
• Toalha de rosto ou papel toalha;
• O paciente que faz uso de prótese dentária (dentadura) também necessita de cuidados de higiene para manter a integridade da mucosa oral e conservar a prótese limpa;
• Paciente com dieta por SNG ou SNE e TOT necessitam higiene rigorosa, pois tem risco aumentado para pneumonia;
• Observar orientações da Rotina de Prevenção de Pneumonia Hospitalar da CCIH.

Procedimento:

• Lavar as mãos;
• Levar a bandeja e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
• Explicar para o paciente sobre o que vai ser feito;
• Sentar o paciente ou colocá-lo em Fowler;
• Proteger o pescoço e tórax com a toalha;
• Orientar e auxiliar o paciente sobre a maneira correta de fazer a escovação, umedecer a escova ou espátula com gazes com água, colocar o dentifrício e entregá-la;
• Colocar cuba-rim sob o queixo do paciente;
• Oferecer água para bochechar várias vezes, aproximando a cuba-rim para escoar o líquido da boca;
• Em pacientes totalmente dependentes realizar a higiene oral por ele, escovando todos os dentes, gengivas e língua (usar sonda de guedel se necessário);
• Retirar a cuba-rim e secar os lábios com a toalha;
• Secar a escova e guardá-la ou desprezar espátula com gazes;
• Recolher a bandeja, lavar e guardar o material;
• Lavar as mãos;
• Fazer anotações no prontuário.

Banho de Aspersão

É o banho de chuveiro. Quando o paciente tem condição de tomar banho de aspersão, o pessoal da enfermagem deve acompanhá-lo e supervisioná-lo, não só orientando-o numa boa higienização, como também identificando anormalidades como dispnéia, lipotímia, cansaço, tontura e calafrios.

O banho tem várias finalidades como: limpeza da pele, favorecimento do bem-estar, estimulação da circulação, promoção do relaxamento muscular, aliviando fadiga e cansaço.

A pessoa que acompanhar o paciente deve observar as reações que ele pode apresentar durante o banho, evitando acontecimentos desagradáveis como quedas, ferimentos e mesmo fraturas de membros.

Procedimento:

• Providenciar o material necessário, verificando as condições do banheiro;

• Colocar uma cadeira para o paciente sentar, se necessário;

• Fechar a porta sem trancar;

• Auxiliar o paciente no que for necessário;

• Trocar o enxoval do leito do paciente, fazendo a desinfecção concorrente, enquanto o paciente está no banho;

• Proteger o paciente após o banho evitando que se resfrie;

• Lavar as mãos;

• Fazer anotações no prontuário das reações apresentadas durante o banho.

Observações:

As técnicas de limpeza e desinfecção concorrente da unidade do paciente estão descritas nas "Recomendações Básicas para Limpeza Desinfecção e Esterilização de Artigos, Roupas e Ambientes" da CCIH.

Drenagem Toraxica

O mecanismo normal da respiração opera sob o principio da pressão negativa, ou seja, a pressão da cavidade torácica é inferior á pressão atmosférica, fazendo com que o ar se desloque para dentro dos pulmões durante a inspiração.

Sempre que o tórax é aberto, existe uma perda da pressão negativa o que resulta em colabamento do pulmão.

O ar ou líquido (sangue, pus, líquido seroso, suco gástrico) formam coleção no espaço interpleural, restringindo a expansão pulmonar e reduzindo a troca gasosa. O dreno torácico implantado no sistema pleural é capaz de remover qualquer coisa do espaço pleural.

Também conhecido como drenagem em selo d' água, é uma técnica de evacuação de ar, água ou sangue da cavidade. Para realização desta drenagem é necessária a implantação de um dreno no tórax do paciente que estará ligado ao sistema de drenagem.

Utilizado quando há:

• Hemotórax – presença de sangue na cavidade;

• Pneumotórax – presença de ar na cavidade;

• Empiema – presença de secreção purulenta.

Observação: Este procedimento só deve ser realizado no Centro Cirúrgico.

Cuidados de Enfermagem:

• O dreno poderá ficar fora do selo d´água, para que não entre ar nos pulmões;

• Evitar compressão do tubo e extensão para não impedir a drenagem;

• Ordenhar o dreno a cada 24h;

• Observar a flutuação do nível de líquido;

• Incentivar o paciente a inspirar profundamente e a tossir, pois aumenta a pressão intrapleural favorecendo a drenagem e fazendo o pulmão expandir;

• Para transportar o paciente manter o vidro de drenagem abaixo do nível do pulmão;

• Durante a troca de o vidro trocar o vidro ou desprezar o conteúdo de drenagem pinçar o dreno;

• Se trocar ótimo;

• Se desprezar, enxaguar o frasco com SF 0,9% ou água destilada;

• Colocar SF 0,9% ou água destilada conforme o paciente (adulto ou criança);

• Colocar rótulo no frasco informando data da troca selo d'agua assinatura de quem realizou o procedimento;

• Observar o aspecto da drenagem (volume, cor e odor) e presença de sinais flogísticos e edema subcutâneo ao redor do dreno;

• Realizar curativo no local de inserção do dreno uma vez ao dia, conforme orientações do Manual de Curativo da CCIH;

• Observar as condições do paciente: cianose, respiração rápida e superficial, pressão no tórax, enfisema subcutâneo, sinais vitais, sintomas de hemorragia, mudança na ausculta pulmonar;

• Observar o selo d´água que deve ser:

- Adulto: 500 ml;

- Infantil: 250 ml.

TCE 1499

S.E.S Fls: 1488 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Cuidados com Ostomias Conceito

Colostomias: São realizadas para promover o restabelecimento ou a cicatrização da parte do intestino afetada pela doença, ou o seu tratamento.

Definitiva ou permanentes: são realizados após a retirada da parte doente do intestino por amputação completa do órgão, inexistindo a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal, ou impossibilidade de restaurar a evacuação trans-retal.

Tipos:

Terminal: possui somente um estoma realizado em caráter definitivo.

Em alça: realizado em íleo ascendente, transverso ou descendente.

Em dupla boca que pode ser:

Próximas: Quando realizados em uma única colostomia (as duas bocas)

Afastadas: Quando duas bocas são realizadas em alça terminal em nível de flanco esquerdo.

Limpeza

Material

• 250 ml Soro fisiológico a 0,9%.

• 01 Gaze estéril.

• 01 bolsa para colostomia (se necessário troca).

• Após avaliação, se necessário, lavar com água e sabão.

Procedimento:

• Limpar a região da colostomia com soro fisiológico a 0,9%, em movimentos circulares;

• Secar a área ao redor com gaze estéril;

• Marcar na bolsa o círculo com um guia de corte, de acordo com o diâmetro da fístula, do dreno ou da ostomia;

• Recortar o orifício marcado;

• Observar para que o orifício não fique apertado demais garrotando a ostomia, ou grande demais facilitando o contato da secreção direta com a pele lesando-a;

• Retirar o adesivo;

• Retirar o protetor que recobre a face superior da placa;

• Aplicar a placa com o aro sobre a região;

• Adaptar a bolsa plástica à parte inferior do aro na placa, em posição cefalocaudal;

• Exercer uma leve pressão à roda, a partir da parte inferior da bolsa plástica até que esteja segura, solicitando ao paciente que enrijeça a região;

• Puxar suavemente a bolsa para baixo, para confirmar se ela se encontra devidamente encaixada.

Cuidados diários com Colostomia:

• Esvaziar a bolsa (no mínimo uma vez por plantão e sempre que necessário), soltando apenas o *clamp* que a fecha na parte inferior;

• Lavá-la com soro fisiológico a cada vez que se desprezar o conteúdo no vaso sanitário;

• O *clamp* poderá ser reutilizado nas trocas do mesmo paciente;

• Registrar no prontuário: característica do débito de colostomia, volume, odor, cor, etc...

Lavagem intestinal pela colostomia Procedimento:

• Lubrificar a sonda;

• Retirar a bolsa de colostomia e desprezá-la;

• Proceder à limpeza ao redor da colostomia com gaze e soro fisiológico a 0,9%;

• Introduzir cerca de 15 cm a 20 cm da sonda no estoma a ser irrigado;

• Deixar a solução correr vagarosamente;

• Fechar a sonda quando terminar a solução evitando a entrada de ar;

• Retirá-la, clampeando-a e puxando-a;

• Deixar fluir o material fecal de 15 a 20 minutos;

• Após o efeito desejado proceder à limpeza ao redor da colostomia e secar a área com gaze;

• Fixar nova bolsa de colostomia com placa protetora.

S. E. S. Fls: 1489 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO TCE 1500

Observação:

Em caso de dois estomas, observar na prescrição médica qual deles será irrigado.

Sondagem Nasogástrica

E a introdução de uma sonda via nasal ou oral no estômago do paciente com a finalidade de drenagem de líquidos, infusão de alimentos, medicamentos e hidratação de pacientes impossibilitados de deglutir.

Material

- 01 bandeja;
- 01 unidade de sonda nasogástrica;
- 01 seringa de 10 ml ou 20ml;
- 01 pacote de gaze;
- 20 cm de esparadrapo;
- 100 ml de água filtrada;
- 01 toalha;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Xilocaína gel;
- 01 unidade de bolsa coletora descartável (em caso de drenagem);
- 01 equipo para dieta;
- 01 estetoscópio.

OBS: Verificar rotina da CCIH para Prevenção de Pneumonia Hospitalar.

Procedimento:

- Explicar o procedimento para o paciente;
- Preparar o material;
- Colocar o paciente em posição de fowler ou sentado, com a cabeça ligeiramente inclinada para frente;
- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos;
- Proteger o paciente com a toalha;
- Medir a sonda da boca ao lobo inferior da orelha e deste até o estômago;
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel;
- Introduzir pela boca ou narina, pedindo para que o paciente degluta a sonda, respirando pela boca;

• Oferecer água ao paciente se necessário, para facilitar a introdução da sonda;
• Verificar se a sonda está no estômago: aspirar com seringa o conteúdo gástrico, testar com copo com água observando borbulhas na água e auscultar infusão de ar com seringa de 20 ml colocando o esteto na região gástrica;
• Conectar bolsa coletora (em caso de NSG aberta);
• Fixar a sonda em "T", ou seja, proteger a base até a ponta do nariz com micropore ou outro material adesivo mais suave, e fixar a sonda sobre o material, para evitar muito atrito e lesões nesta área;
• Manter cabeceira elevada enquanto o paciente estiver sondado;
• Organizar o material;
• Instalar dieta se for o caso;
• Retirar luvas de procedimentos;
• Lavar as mãos.

Anotar no prontuário tipo e número da sonda, aspecto da drenagem, reações do paciente durante o procedimento.

Sondagem Nasoenteral

É a introdução de uma sonda via nasal ou oral que passa pelo estomago e fica introduzida até o duodeno, permitindo a infusão de dietas e medicamentos aos pacientes impossibilitados de deglutir.

Em paciente com terapia nutricional por sonda, preferir sempre as SNE por menor risco de bronca aspiração.

OBS: Verificar rotina da CCIH para Prevenção de Pneumonia Hospitalar.

Material:

• 01 bandeja;
• 01 unidade de sonda nasoenterica com fio guia;
• 01 seringa de 20 ml;
• 01 pacote de gaze;
• 20 cm de esparadrapo;
• 100 ml de água filtrada;
• 01 toalha;
• 01 par de luvas de procedimento;
• Xilocaína gel;
• 01 equipo para dieta;
• 01 estetoscópio.

S. E. S.
Fls: 1490
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1501

Procedimento:

• Explicar o procedimento para o paciente;

• Preparar o material;

• Colocar o paciente em posição de fowler ou sentado, com a cabeça ligeiramente inclinada para frente;

• Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos;

• Proteger o paciente com a toalha;

• Medir a sonda da boca ao lobo inferior da orelha e deste até a região hipogástrica;

• Retirar o fio guia da sonda, lubrifica-lo com xilocaina gel e introduzi-lo novamente;

• Lubrificar a sonda com xilocaína gel;

• Introduzir a sonda pela narina com fio guia, se o paciente estiver consciente solicitar a sua colaboração, pedindo que degluta a sonda e respire pela boca;

• Verificar se a sonda está corretamente posicionada, injetando ar com a seringa e auscultando com o auxilio de um estetoscópio a região hipogástrica;

• Retirar o fio guia;

• Fixar a sonda em "T", ou seja, proteger a base até a ponta do nariz com micropore ou outro material adesivo mais suave, e fixar a sonda sobre o material, para evitar muito atrito e lesões nesta área;

• Manter a cabeceira sempre elevada do paciente a fim de evitar bronca aspiração;

• Organizar o material;

• Retirar luvas de procedimentos;

• Lavar as mãos;

• Anotar no prontuário tipo e número da sonda, aspecto da drenagem, reações do paciente durante o procedimento;

• Aguardar 03 horas para infundir a dieta;

• Fazer Rx confirmatório.

Atendimento a Parada Cardiorespiratoria (PCR)

Conceito de PCR:

É a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e da respiração.

A constatação imediata da PCR, assim como o reconhecimento da gravidade da situação é de fundamental importância, pois permite iniciar prontamente as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada de outras pessoas ou equipamentos adequados.

Qualquer profissional que constata uma PCR tem por obrigação iniciar as manobras de atendimento e solicitar ajuda

Sinais e sintomas que precedem PCR

- Dor torácica;
- Sudorese;
- Tontura;
- Escurecimento visual;
- Perda de consciência;
- Alterações neurológicas.

Sinais clínicos de PCR

- Inconsciência;
- Ausência de movimentos respiratórios;
- Ausência de pulsos em grandes artérias ou ausência de sinais de circulação.

Medidas iniciais:

- Verificar nível de consciência do paciente e confirmar se o paciente está em PCR;
- Solicitar ajuda;
- Verificar a respiração (olhe/ ouça/sinta);
- Promover abertura das vias aéreas, realizando:
- Alinhamento da cabeça com tronco;
- Extensão do pescoço;
- Tração anterior da mandíbula;
- Solicitar carro emergência;
- MOV (Monitor, Oxigênio e veia).

S. E. S
Fls: 1491
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1502

Técnica para reanimação cardiovascular Equipe

• 1 médico;

• 1 enfermeiro;

• 2 técnicos de enfermagem.

Enfermeira:

• Avalia responsividade;

• Solicita médico, carro de emergência e desfibrilador;

• Posiciona junto à cabeça do paciente (retirando prótese se houver, avalia via aérea mantém via aérea aberta providencia ventilação com ambu com O2, aspirar vias aéreas superiores).

• Checa pulso e avalia ritmo;

• Orienta os técnicos de enfermagem na monitorização do paciente e obtenção do acesso venoso;

• Auxilia o médico na intubação, ventilação e transferência do paciente;

• Solicita serviço de apoio;

• Providencia vaga na U.T.I. e auxilia transferência;

• A enfermeira deverá acompanhar a transferência do paciente e solicitar acompanhamento médico do plantonista, se necessário;

• Registra dados do atendimento no prontuário;

• Em caso de óbito, promover com rotina descrita.

Médico:

• Reavalia rapidamente paciente;

• Intuba o paciente, checa a intubação,

• Inicia as compressões torácicas;

• Solicita verbalmente as medicações a serem administradas;

• Monitoriza com as pás e realiza o choque se indicado;

• Reavalia periodicamente o paciente;

• Ocorrendo melhora ou estabilidade do quadro, fazer a transferência e prescrever as medicações utilizadas;

Caso evolua para óbito, preencher a declaração de óbito e ou fazer relatório de encaminhamento para SVO.

Técnico de enfermagem:

• Abaixa a cabeceira posicionando o paciente;
• Se não houver acesso venoso, providencia;
• Aspira vias aéreas, se necessário,
• Aspira e administra medicações solicitadas pelo médico;
• Requisitas medicações e materiais usados, anotando no prontuário a ocorrência;
• Organiza aparelhagem usada;
• Repõem carinho de emergência;
• Em caso de óbito, proceder com rotina de óbito;
• Paciente grave, reanimado deve ser transferido acompanhado pelo maqueiro, enfermeiro e médico.

Orientações Gerais

• O carrinho de emergência deverá ser revisado e completado pelos funcionários da enfermagem da unidade, no início de cada plantão e imediatamente após o uso;
• Conferir data de validade dos materiais estéreis (realizar troca quando necessário);
• Conferir validade dos internos descartáveis (incluindo validade da esterilização);
• Após atendimento de paciente em PCR: realizar desinfecção dos equipamentos utilizados com água e sabão e ficção de álcool a 70%;
• O carro de urgência deverá ser prioridade, portanto ele não poderá falhar no momento da urgência por não ter sido checado com antecedência;
• A limpeza geral do carro de urgência deverá ser feita no primeiro dia útil de cada mês.

Preparo de Material para Intracath

Para cateterização venosa central utiliza-se um dispositivo venoso profundo que é introduzido pela veia jugular interna ou subclávia, desembocando na veia cava superior para infusão de medicamentos e nutrição parenteral. Essa via de acesso é viabilizada nos momentos em que o paciente não apresenta mais acesso venoso periférico, nos casos de pacientes que necessitem de um grande volume de soluções injetáveis, infusão rápida de drogas ou controle de pressão venosa central.

OBS: Verificar orientações de Rotina Prevenção de Infecção de Corrente de Sanguínea.

S. E. S.
Fls: 1492
Rubrica
DE LICITAÇÃO
1503

Material:

- 01 bandeja de pequena cirurgia;
- 01 par de luvas estéril;
- 01 intracath(Kit) para Subclávia nº16x12 adulto;
- 01 fio de sutura mononylon 3.0 com agulha 2cm cortante;
- 01 polifix (se não houver torneirinha de 3 vias);
- 01 lamina de 11 ou 15;
- 01 agulha 30x7 ou 13x4,5;
- 01 seringa de 20ml;
- 10 ml de xilocaína a 2% sem vasoconstritor;
- 01 equipo para infusão;
- 01 frasco de solução fisiológica 0,9% 250 ml;
- 50 ml PVPI 10%, álcool 70% ou clorexidina;
- 50 cm de micropore ou esparadrapo;
- 01 pacote de gaze;
- 01 capote estéril, máscara, gorro;
- 01 campo estéril.

Procedimento

1- Organizar o material;
2- Orientar o paciente quanto ao procedimento; conectar a solução fisiológica 0,9% no equipo e polifix e retirar o ar do sistema;
3- Abaixar a cabeceira do leito se necessário;
4- Posicionar o paciente no leito em decúbito dorsal-horizontal;
5- Lavar as mãos, calçar luvas de procedimento;
6- Oferecer ao médico máscara, avental e luvas;
7- Pedir ao paciente que vire a cabeça para o lado para realização da punção;
8- Oferecer solução anti-séptica;
9- Aguardar a punção;
10- Entregar o equipo ao medico para conexão com cateter;
11- Abrir o soro;
12- Aguardar o termino do procedimento (fixação do cateter);
13- Tirar as luvas, lavar as mãos;
14- Fazer curativo local, conforme manual de curativos da CCIH;
15- Levantar a cabeceira do leito;
16- Organizar o material;
17- Fazer anotações de enfermagem;
18- Anotar gastos/ repor o material se necessário.

Observação:

• Preferir salas de procedimentos;

Promover ambiente limpo e protegido com biombo se necessário.

Montagem de Pressão Venosa Central (PVC) Material

• 01 equipo com fita graduada para PVC;

• 01 frasco de soro de 500 ml;

• 01 suporte de soro;

40 cm de fita adesiva;

• 01 régua de medida de PVC.

Observação

Já instalado cateter venoso central.

Procedimento:

• Organizar o material;

• Colocar o material à beira do leito do paciente;

• Colocar o paciente em decúbito dorsal, reto com cabeceira e pés do leito na mesma direção, sem nenhuma inclinação para cima ou para baixo;

• Posicionar uma das extremidades da régua de PVC na linha do tórax anterior, apêndice xifóide, ou na linha axilar media;

• Direcionar a outra extremidade ao suporte de soluções posicionado ao lado, mantendo-a em linha reta de modo que a ampola com água da régua de PVC se mantenha alinhada, com a bolha de ar centralizada, indicando precisão na medida;

• Marcar no suporte de soro com a fita adesiva o ponto zero para medida de PVC, de acordo como determinado pela medida da régua;

• Fixar a fita graduada no suporte de soro com o zero da medida da linha entre o paciente e o suporte;

• Circular com uma caneta vermelha, para destaque, o ponto zero da fita;

• Retirar todo o ar do equipo de PVC com o soro fisiológico;

• Fixar o equipo no suporte de modo que a via dupla, (uma via ficará para instalação do soro fisiológico e a outra para a medida), fique posicionada para cima, e a via única (mais comprida), para baixo, para ser conectada ao cateter central;

• Instalar a via única do equipo (a mais comprida) no cateter central do paciente.

TCE 1504

S. E. S. Fls: 1493 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Passos para realizar a medida:

• Pinçar a solução do equipo de PVC, pois ele já estará preenchido com o soro fisiológico, sendo removido todo o ar;

• Abrir o acesso de passagem de solução do equipo de PVC para o paciente.

• Fechar as vias de infusão de outras soluções, a tampa da via dupla para medida e aguardar a descida da solução no equipo;

• Observar em qual ponto da fita graduada há oscilação da solução;

• Marcar o ponto de oscilação o qual determina a medida do PVC;

• Fechar a via do equipo de PVC para o paciente e abrir a das outras soluções;

• Preencher novamente o equipo de PVC com o soro;

• Pinçar o equipo;

• Tampar a ponta do equipo usada para a realização da medida;

• Anotar na ficha de controle do paciente;

• Trocar equipo sempre que apresentar sangue em sua parede interna;

• Trocar o equipo a cada 24 horas; Datar e assinar o dia da troca;

• Valores normais: 7 a 12 cm de água.

OBS. Verificar outras orientações da rotina de prevenção de infecção de corrente sanguínea da CCIH.

Aspiração Oronasotraqueal

1. Material:

• Luva estéril;

• Cateter de aspiração estéril com furos (sonda de aspiração ou sonda uretral);

• Soro fisiológico 0,9%, seringa de 20 ml estéril;

• Vidro aspirador;

• Borracha látex;

• Máscara;

• Óculos;

• Gorro e avental.

A técnica:

Utilizar técnica asséptica na aspiração endotraqueal:

• Lavar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento;

• Colocar máscara;

• Calçar luvas, mantendo a mão direita sem contaminação;

• Pegar o cateter com a mão direita enluvada;

• Conectar o látex tendo cuidado para não contaminar a luva e o cateter;

• Segurar o látex e ligar o aspirador com mão esquerda;

• Não introduzir o cateter sem antes dobrar o látex para evitar lesão de mucosa pela sucção;

• Aspirar na seguinte sequência: traqueostomia ou cânula orotraqueal, nariz e boca;

• Durante a aspiração realizar movimentos circulares com cateter (nunca em movimentos de vai - e - vem);

• Durante a aspiração instilar soro fisiológico em pequena quantidade para facilitar o desprendimento de secreções espessas;

• Se o paciente estiver sob ventilação mecânica, o procedimento deve ser rápido oxigenando o paciente a cada aspiração com O2 a 100% com auxílio de Ambu;

• Após o procedimento, irrigar ponta do cateter com soro fisiológico mantendo o aspirador ligado fazendo assim a limpeza do látex e também do cateter. O cateter deverá ser desprezado, pois é de uso único;

• Após o procedimento retirar as luvas;

• Lavar as mãos;

• Retirar a máscara, gorro, óculos e capote;

• Deixar o látex devidamente protegido, dentro de um saco coletor estéril;

• Desprezar a secreção do frasco coletor no final de cada aspiração no vaso sanitário, no expurgo;

• Enxaguar o frasco;

• Trocar o látex e o vidro de aspiração a cada 24 horas.

Observação:

• Quando se refere em manter a mão direita sem contaminação é, manter a que você tem maior destreza. Referindo a esquerda que deverá ficar de luva, para sua proteção.

• A cada aspiração, lavar as mãos e usar luvas estéreis.

• Usar um cateter para cada aspiração.

S. E. S.
Fls: 1494
Rubrica
ÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1505

Rotina de aspiração:

• Aspiração oral – sempre que necessário;

• Aspiração traqueal de 2/2h e S.O.S., de acordo com a prescrição da enfermagem;

O paciente com traqueostomia apresenta um risco de aquisição de Infecção Hospitalar entre 5 a 35% (em média).

Cuidados com Pacientes Traqueostomizados

• O paciente com traqueostomia apresenta um risco de aquisição de Infecção Hospitalar entre 5 a 35% (em média);

• A traqueostomia deve ser realizada com técnica asséptica;

• Manter a região da traqueostomia sempre limpa, trocando as gazes todas as vezes que acumular secreção;

• Trocar cadarço de fixação da cânula de traqueostomia diariamente, ou S.O.S;

• Quando a cânula externa de traqueostomia necessitar ser trocada deverá ser substituído por outra esterilizada, usando técnica asséptica;

• Realizar aspiração sempre que necessário para evitar obstrução e diminuição da luz na cânula.

Orientações para a limpeza da cânula:

Material:

• Cuba pequena estéril;

• Soro fisiológico;

• Gases;

• Luva estéril.

A. Cânula interna (macho):

• Lavar as mãos;

• Preparar o material;

• Desconectar o circuito de umidificação, caso o paciente esteja recebendo oxigênio;

• Aspirar ao paciente pela técnica preconizada;

• Calçar as luvas;

• Remover suavemente a cânula, tendo-se o cuidado de seguir a curva da mesma, pois a manobra pode desencadear forte acesso de tosse;

• Imergir a cânula em solução filológica;

• Aspirar à cânula externa enquanto a cânula interna esta em solução. Se necessário, instilar soro para auxiliar a retirada de resíduos e crostas de sua parede.

Verificar que não tenham permanecido partículas estranhas, como linhas de fibra de gazes.

• Retirar a cânula da solução, remover qualquer resíduo de secreção da mesma;

• Secar com compressa estéril;

• Fazer a limpeza em volta da cânula com soro fisiológico, secando com gaze;

• Se necessário trocar o cadarço, mantendo a cânula fixa;

• Reinserir a endocânula fixando-a no ponto indicado;

• Registrar o procedimento no prontuário.

B. Cânula externa:

• A troca deve ser realizada pelo medico, seguindo técnica asséptica, em presença de secreção ressecada com risco de obstrução da mesma.

Observação: Seguir demais orientações quanto a prevenção de pneumonia Hospitalar.

Em Relação as Atribuições

Atribuições Enfermeiro

• Discussão dos valores e objetivos de serviços de enfermagem;

• Caracterização da clientela atendida;

• Identificação das necessidades de assistência de enfermagem;

• Planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem segundo os critérios e as prioridades definidas;

• Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada;

• Previsão e provimento de recursos humanos, materiais, físicos e orçamentários necessários ao desenvolvimento das atividades de enfermagem;

• Identificação das necessidades de orientação e treinamento dos funcionários;

• Orientação com avaliação dos funcionários durante a execução das atividades;

• Planejamento, execução e avaliação de programas de desenvolvimento de pessoal;

• Elaboração, implantação e avaliação de normas, procedimentos, rotinas e manual dos serviços de enfermagem;

• Manutenção de um sistema de informações eficientes;

S. E. S.
Fls: 1495
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• Prevenção de situações problemáticas;

• Promoção de integração do pessoal de enfermagem e manutenção de estratégias para sua motivação;

TCE 1506

•Estabelecimento, utilização e avaliação de métodos de trabalho.

Enfermeiro Supervisor

A supervisão é um instrumento que contribui para a identificação de problemas, para avaliação dos mesmos, priorizando- os, propondo soluções, para realização de diagnósticos e intervenção na realidade. Utiliza técnicas psicológicas, sendo orientações, aconselhamento e motivação; de ensino (acompanhamento do processo de ensino aprendizagem, estimulação, orientação e treinamento) e de controle (conferencia, retificação, e participação para intervenção na realidade).

• Receber o plantão na chefia de enfermagem observando as principais ocorrências e pendências para serem concluídas;

• Prever e solicitar materiais necessários para o funcionamento do serviço;

• Distribuir os funcionários de acordo com a necessidade do serviço;

• Determinar a escala diária dos leitos;

• Cumprir e fazer cumprir regulamentos da instituição, rotinas, portarias, circulares e outras instituições;

• Planejar, participar e estimular a equipe a participar de cursos trabalhos e pesquisas realizadas na própria clínica ou em outras instituições;

• Liderar, supervisionar e executar, além de captar as necessidades de sua equipe de trabalho;

• Verificar prontuários, exames e preparo do paciente para cirurgias e exames;

• Realizar visitas aos pacientes;

• Puncionar jugular se necessário;

• Passar Sonda Vesical de Demora;

• Passar Sonda Vesical de Alivio;

• Realizar Curativos de grande porte de CDL ou Intracth;

• Prestar assistência a Parada Cardiorrespiratória junto com a equipe médica;

• Avaliar os pacientes graves e solicitar a avaliação do plantonista geral quando necessário;

• Avaliar as infusões de medicações em pacientes mais graves e monitorar sua infusão nos casos de quimioterapias e drogas vasoativas;

• Encaminhar pacientes graves a UTI, acompanhar transferência do paciente até a UTI;
• Desobstruir sondas vesicais de demora com irrigação;
• Passar sonda Nasoenterica;
• Passar sonda Nasogástrica;
• Instalar PVC
• Puncionar Port-a-Cath;
• Definir tipos de isolamentos;
• Elaborar manual de normas, rotinas e procedimentos do seu setor e deixar disponível a toda equipe no local de trabalho, sendo revisado periodicamente;
• Fazer escala de serviço dos técnicos de enfermagem;
• Evoluir pacientes graves, na ficha de equipe multidisciplinar;
• Prescrever cuidados de enfermagem;
• Observar o funcionamento dos equipamentos e materiais existentes na unidade, solicitar manutenção quando detectado algum problema;
• Zelar pela conservação de equipamentos hospitalares;
• Emitir parecer técnico na compra ou locação de materiais ou equipamentos;
• Encaminhar materiais hospitalares danificados para manutenção;
• Estabelecer sistemas e fazer orientação contínua quanto à prevenção de riscos ocupacionais;
• Implementar programas de educação continua e aperfeiçoamento para os técnicos de enfermagem;
• Supervisionar, esclarecer as duvida dos técnicos de enfermagem;
• Realizar treinamento periódico dos funcionários sob sua supervisão;
• Avaliar o desempenho da equipe, detectar problemas e oferecer soluções para o bom andamento do serviço;
• Elaborar projetos científicos;
• Avaliar a necessidade de acompanhamento para pacientes e autorizar sua permanência no hospital;
• Orientar acompanhante quanto às normas do hospital;
• Receber o familiar no horário de visita orientar e se necessário permitir a entrada de mais de duas pessoas ou o deslocamento do paciente para contato com filhos e netos menores, quando possível;
• Realizar eletrocardiograma;

• Orientar a mãe quanto à importância de amamentar o recém-nascido para não oferecer chupetas, mamadeiras ou outros alimentos;

• Esclarecer duvida de pacientes sobre cuidados após cirurgias e altas

• Orientar a mãe sobre o perigo da amamentação cruzada;

• Avaliar resultados de exames e comunicar o plantonista ou ao médico assistente;

• Encaminhar o paciente para exames fora quando não são realizados na Instituição;

• Providenciar transporte e solicitar o técnico de enfermagem para acompanhar nos exames extras hospitalares;

• Comunicar parecer médico a outras especialidades;

• Avaliar as necessidades do paciente não observada pelo médico e interceder por ele junto à equipe, como parecer psicológicos, parecer de serviço social, parecer da nutrição;

• Acompanhar e assistir o plantonista nos casos de óbitos, entregar a declaração de óbito, e orientar quanto ao registro do mesmo;

• Lançar alta por óbito no sistema de imediato no horário correto e encaminhar para setor de internação o memorando comunicando o óbito para ser lançado no sistema na Prefeitura e Convênios;

• Entregar o corpo a funerária, IML ou SVO;

• Checar o carrinho de emergência e solicitar novos materiais, repondo corretamente;

• Atuar junto aos residentes orientandos e auxiliando nos procedimentos e protocolos, como exames não rotineiros, transferência interna e externa de pacientes, solicitação de vaga extra-hospitalar e transporte;

Atender e anotar as solicitações da Gerência.

Atribuições dos Técnicos de Enfermagem

• Receber o plantão dos colegas nas enfermarias para estar ciente do estado de cada paciente;

• Receber o material permanente do posto e zelar pelas suas perfeitas condições de uso, comunicar a chefia caso necessite de manutenção ou substituição;

• Fazer previsão e requisitar material de consumo dos postos como luvas, máscaras, álcool, e materiais estéreis;

• Realizar trocas de leitos encaminhando os pacientes ao banho, realizar banho no leito nos mais graves e acamados;

• Verificar prescrição médica e buscar os medicamentos na farmácia quantas vezes for necessário;

• Aferir e anotar SSVV no prontuário e em caso de alteração comunicar a supervisora;

• Preparar e administrar as medicações;

• Atender a equipe médica quando solicitada;

• Observar e puncionar acesso venoso para administrar soro e medicamentos;

• Realizar enteróclise e pequenos curativos;

• Retirar sonda vesical de demora, nasogástrica, nasoenteral e drenos conforme prescrição medica;

• Instalar oxigênio para o paciente conforme prescrição médica;

• Medir débito da sonda Vesical de Demora e dreno de tórax, anotando aspecto e volume;

• Trocar o selo d´agua do dreno tórax;

• Proporcionar e zelar pelo conforto e organização do posto e das enfermarias deixando ambiente limpo e tranquilo;

• Promover organização do posto;

• Comunicar com o laboratório exames de rotina e de urgências;

• Solicitar coleta de gasometria;

• Marcar exames como EDA, ECO, USG, EEG, ECG, TC, etc.;

• Comunicar ao banco de sangue as hemotransfusão;

• Realizar o relatório de enfermagem completo e coerente com o estado geral do paciente, com SSVV e intercorrências;

• Entrar em contato com a supervisão em caso de dúvida em relação a medicações, exames e pacientes graves;

• Chamar plantonista da Instituição em caso de parada Cardio Respiratória e intercorrências;

• Receber o paciente no momento da admissão, levando-o até seu leito e apresentando-o para os demais das enfermarias, orientar quanto as normas do hospital, horários de visitas, etc;

• Fazer admissão no prontuário, no livro de admissão e na lista de pacientes do posto;

S. E. S.
Fls: 1497
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• Ouvir o paciente nas solicitações, procurando transmitir segurança durante o tratamento, nos casos graves chamar a chefia;
• Comunicar a chefia em casos de exames e pareceres avisados ou não;
• Manter-se informado do quadro clínico, medicação, exames e procedimentos dos pacientes sob seus cuidados;
• Orientar, preparar e encaminhar o paciente no horário correto para exames, procedimentos e cirurgias;
• Perceber complicações em pacientes graves e comunicar a chefia;
• Preparar material e auxiliar nos procedimentos médicos e de enfermagem;
• Ser ético, respeitar o paciente e suas limitações, não denegrir sua imagem;
• Orientar o paciente na alta hospitalar e comunicar a família;
• Registrar a alta do paciente no prontuário e no livro do posto de enfermagem;
• Chamar maqueiro e auxiliar o mesmo em todas as remoções de pacientes;
• Acompanhar o paciente até a portaria com a chegada da família e pegar a assinatura dos responsáveis no papel da alta;
• Entregar uma via do papel da alta para a internação lançar no sistema;
• Arquivar a via assinada pela internação no prontuário do paciente.

Rotina para Encaminhamento de Exames e Biópsia Renal Rotina para exames

Quando exames Laboratoriais:

1. Devem ser colocados na caixa de exames do setor;
2. Avisar imediatamente o laboratório quando o exame for de urgência, caso não seja, aguarde sua passagem nos postos;
3. Seguir técnica de coleta descrita pelo laboratório para exames colhidos pela enfermagem (EAS, fezes, escarro);
4. Exames de imagem (USG, ECO, TC,) devem ser agendados pela supervisão e quando não realizados na Instituição, encaminhar para o serviço social para ser autorizado junto à diretoria;
5. Quando exame de alto custo encaminhar relatório médico com justificativa para o Serviço Social e aguardar resposta data, local e horário da realização do exame;
6. Anotar data, horário, preparo prescrito pelo médico, material necessário e nome do funcionário que agendou o exame.

Rotina para Biópsia Renal Percutânea Preparar o material necessário:

1. Bandeja de pequena cirurgia;
2. Agulha 40/ 12;
3. Agulha 25/ 7;
4. Seringa 20 ml;
5. Lâmina de bisturi nº 11 ou 15;
6. 2pacotes de gazes;
7. 01 pacote de compressa;
8. Xilocaína injetável sem vasoconstricção;
9. 02 agulhas semi-automáticas para biópsia renal;
10. Polvidine tópico;
11. Peso (saco de areia);
12. Recipiente com formol;
13. Esparadrapo.

Procedimentos:

- Deixar preenchido o formulário da sala;
- Promover a desinfecção do leito para biópsia e arrumá-lo;
- Preparar o paciente, aferir P. A comunicar se alteração;
- Auxiliar médico assistente durante o procedimento;
- Após o término arrumar o quarto;
- Transportar o paciente para o leito em maca;
- Orientar o paciente quanto ao repouso absoluto por 4 horas e manutenção do peso sobre o local da punção;
- Recolher material utilizado;
- Encaminhar material ao laboratório de anatomia patológica;
- Aferir SSVV de 15 em 15 minutos na 1ª hora, após verificar de 30 em 30 minutos até completar 4 horas;
- Anotar e comunicar intercorrências;

Observar aspecto da diurese, quantidade e realizar anotações.

Cuidados de Enfermagem Imediatos Durante a Reação Alérgica

• Comunicar o médico imediatamente;

• Interromper imediatamente a infusão;

S. E. S.
Fls: 1498
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• Manter a via venosa com SG 0,9% ou SG 5%;

• Aumentar o fluxo de soro, principalmente em casos de hipotensão;

• Monitorar sinais vitais e cada 5 minutos, principalmente quando o paciente apresentar cianose, desconforto respiratório e edema;

TCE 1599

• Manter acesso venoso permeável;

• Administrar oxigênio 02 l/m por cateter nasal ou máscara aos dispnéicos;

• Realizar a técnica de reanimação cardiopulmonar.

Intervenções de Enfermagem

• Manter em mãos agentes farmacológicos e equipamentos de emergências;

• Obter sinais vitais pré-quimioterapia;

• Alerta especial quando da administração do medicamento ao primeiro indicio de reação;

• Proceder a atendimento de emergência conforme critérios médicos;

• Ajudar o paciente a controlar a ansiedade.

Toxicidade Dermatológica das drogas

Toxicidade local ocorre quando a droga atinge os tecidos vizinhos ao local primário da inoculação da mesma e apresenta sinais e sintomas variados: flebites, urticária, dor, eritema, descoloração venosa e necrose tecidual pos-extravasamento. Já a toxicidade sistêmica inclui os seguintes sinais e sintomas: alopecia, urticária, foto sensibilidade, hiperpigmentação e outras.

Definições

Extravasamento – é o escape ou infiltração de drogas do vaso sanguíneo para os tecidos vizinhos.

Drogas vesicantes – são aquelas que causam irritação severa com formação de vesículas e destruição tecidual quando infiltrados fora do vaso sanguíneo. Os sintomas são: prurido em ausência de dor e dificuldade do retorno venoso.

Drogas irritantes – são aquelas que causam reação cutânea menos intensa quando extravasadas. Pode haver dor e queimação sem necrose tecidual ou formação de vesículas.

Pode estar presente sinal de inflamação (dor, calor, rubor e edema) e não há dificuldade de retorno venoso.

Característica da Lesão Tecidual

O tempo de duração de lesão tecidual depois do extravasamento de medicamento é variável. Com drogas vesicantes a lesão geralmente aparece gradualmente. Inicialmente o agente tóxico causa dor durante o extravasamento e após 7 a 10 dias aprecem eritemas, calor, dor, seguidos por uma ulceração progressiva. A ulceração pode aumentar por 02 ou 03 meses, podendo necrosar o tecido e comprometer tendões e articulações.

As reações imediatas de extravasamento são: queimação, desconforto e eritema.

Prevenção Do Extravasamento

• Não administrar fármaco vesicante em infusão continua prolongado através de veia periférica puncionada com scalp ou jelco;

• Evitar o uso de veias puncionadas há mais de 24 horas, mesmo que apresentem bom retorno venoso;

• Evitar punção de membros inferiores, submetidos à irradiação, edemaciados, com lesão ou metástases, correspondentes a mastoidectomia, submetidos a cirurgia, com distúrbios motores ou sensoriais e excessivamente puncionados;

• Escolher a via que ofereça à melhor proteção as articulações tendões e nervos, que cause o menor prejuízo anatômico e funcional e que ofereça melhores condições cirúrgicas caso ocorra extravasamento. Neste sentido, são mais adequadas às veias do antebraço, por serem mais calibrosas, menos tortuosa, moveis e distantes de articulações;

• A fossa ante cubital deve ser evitada ao máximo, apesar de ter as veias mais calibrosas e acessíveis. Pois no local existem estruturas importantes (artérias, nervos, tendões) que quando lesados, acarretam comprometimento articular, de difícil correção, ocasionando prejuízo funcional do membro (contratura, imobilidade) frequentemente irreparável;

• Puncionar com cuidado a veia escolhida, de preferência com scalp. Evitar jelco porque pode retardar a percepção de pequenos extravasamentos, e agulha comum, por ser difícil mobilização e fixação;

• Fixar o scalp com adesivo transparente, assegurando a imobilização da agulha dentro do vaso e o reconhecimento imediato de reações locais de infiltração do fármaco;

S.E.S
Fls: 1499
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• Solicitar ao paciente a manutenção da mão ou do membro imóvel durante a aplicação do fármaco;

• Certifica-se do posicionamento correto do scalp ou Jelco antes de administrar o quimioterápico por meio das seguintes manobras:

TCE 1510

1- Administrar inicialmente apenas o soro fisiológico;

2 - Testar o retorno venoso;

3 - Observar queixa do edema e hiperemia que indiquem aos sinais de extravasamento;

4- Observar as queixas do paciente, dor, queimação e aguilhadas são os sintomas de extravasamento.

• Em geral recomenda-se a aplicação dos quimioterápicos, vesicantes antes dos não-vesicantes, pois a veia esta mais estável e menos irritada no inicio do tratamento e, portanto, menos susceptível a lesões, ruptura e espasmo;

• Sempre que possível, a infusão dos quimioterápicos, especialmente dos vesicantes, deve ser feita em push (em bolus) (administram-se dois ml e esperam-se 15 segundos e assim sucessivamente), mas sempre, concomitante a infusão do soro de manutenção;

• O retorno venoso deve ser checado pelo menos a cada 2 ml de fármaco administrado;

• Manter a área puncionada sob observação constante durante o período de infusão do antineoplásico, especialmente ao tratar-se de fármaco vesicante;

• Instruir o paciente para relatar imediatamente qualquer anormalidade, como dor, queimação, formigamento, prurido ou agulhada;

Após aplicação do fármaco, lavar a veia com pelo menos 20 ml de soro ou água destilada antes de retirar o scalp. A técnica mais adequada consiste na menos irritante ao endotélio venoso.

Medidas de Enfermagem Imediatas em Extravasamentos

• Parar imediatamente a infusão e manter a agulha no local

• Conectar uma seringa ao scalp para aspirar a medicação residual existente.

• Aplicar o antídoto ou compressas frias e/ou quentes, conforme recomendado.

O uso do antídoto deve ser prescrito pelo medico assistente e autorizado por protocolo definido pela Instituição.

• Evitar exercer pressão sobre o local do acidente.

• Remover o scalp e elevar o membro acima do nível do coração.

Notificar o médico do paciente e registrar a ocorrência em prontuário ou outro impresso específico, sendo importante registrar data e hora, tipo de agulha e calibre, local, fármaco administrado e sequência, quantidade extravasada, sinais e sintomas apresentados, tratamento realizado e assinatura do enfermeiro responsável.

Rotinas Operacionais

Cuidados com Pacientes Clínicos quando Admitidos

Após admissão observar conforme rotina:

• Edema, dispnéia;

• Cianose de extremidades;

• Estado geral do paciente: unhas, pele e cabelo;

• Orientar e mantê-lo em repouso no leito: membros inferiores elevados;

• Administrar medicação prescrita com rigor;

• Oferecer coletor de diurese para aferir e anotar diurese: observando cor, aspecto e odor;

• Observar com rigor sangramentos orais, hematomas; quando o paciente recebe anticoagulantes orais ou parenterais;

• Administrar oxigênio úmido sob cateter nasal ou máscara de macronebulação, conforme prescrição médica;

• Observar nível de consciência;

• Observar funcionamento intestinal;

• Ouvir e tentar solucionar queixas;

• Providenciar emolientes / hidratantes para pele, nos casos de rachaduras, edema MMII, para passar no paciente;

• Liberar acompanhante familiar de acordo com o estado geral do paciente;

• Proporcionar terapias no leito em estados graves de ICC com uso de drogas vaso ativa em bomba de infusão;

• Proporcionar ambiente calmo e tranquilo;

• Solicitar atendimento psicológico sempre que detectar necessidade;

• Quando paciente acamado, debilitado, proceder à higienização no leito ou chuveiro de acordo com o estado geral do paciente;

• Proceder à mudança de decúbito de 2/2 horas, para evitar úlceras por pressão;

• Realizar massagem de conforto, principalmente em proeminências ósseas;

• Hidratar a pele do paciente com óleo de girassol, dersani ou trigliceril;

• Aspirar secreções orais ou pela tranqueostomia com técnica asséptica conforme necessidade (ver rotina de prevenção de Pneumonia da CCCIH);

• Manter o paciente limpo e seco;

• Retirá-lo do quarto para o banho de sol e socializá-lo com outros pacientes;

• Orientar familiares quanto à necessidade de visitas regulares.

Cuidados com o Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio:

• Mantê-lo em repouso absoluto no leito;

• Verificar e anotar os sinais vitais de 1/1 hora;

• Administrar medicação conforme prescrição do médico;

• Solicitar dieta livre para nutrição e observar aceitação;

• Colocar o paciente em posição de fawler mais oxigênio terapia conforme prescrição;

• Administrar medicação S.O S em caso de precordialgia;

• Observar cianose de extremidades;

• Proporcionar sono/repouso/ambiente calmo e tranquilo;

• Observar com rigor temperatura da água quando encaminhado para higienização corporal;

• Proporcionar terapias, livros, TV, atividades manuais, conforme estado geral do paciente;

• Restringir número de visitas;

• Autorizar acompanhante familiar conforme estado do paciente.

Cateterismo Cardíaco

Exame cardiológico evasivo feito para diagnosticar ou corrigir problemas cardiovasculares, como a visualização de um estreitamento geralmente formado por uma placa de gordura na artéria coronária.

Sua indicação é para mostrar obstruções das artérias que irrigam a musculatura do coração (coronárias).

Preparo para Cateterismo Cardíaco

• Encaminhar paciente para higienização corporal e oral;

• Orientá-lo quanto jejum;

• Retirar roupa íntima prótese dentária e guardar no armário de pertences, oferecendo roupa do hospital;

• Solicitar maqueiro para encaminhar paciente com os exames para hemodinâmica.

Procedimentos de Cateterismo Cardíaco

• Preparar leito do paciente;

• Receber o paciente, passando-o da maca para leito em decúbito dorsal, orientá-lo para não fletir o membro do procedimento;

• Revisar o curativo compressivo;

• Apalpar artéria pediosa, e observar cianose de extremidades;

• Aferir a anotar sinais vitais, principalmente PA e pulso.

Angioplastia

Desobstrução de artérias coronária ou ponte de safena que estejam comprometidas por uma placa de gordura ou um coágulo. É feito usando-se um balão que, posicionado e inflado no ponto que está obstruído, restabelece circulação sanguínea local.

Preparo Para Angioplastia

• Encaminhar paciente para higienização corporal e oral;

• Orientá-lo quanto jejum;

• Retirar roupa íntima prótese dentária e guardar no armário de pertences, oferecer roupas (pijamas) do hospital;

• Solicitar maqueiro para encaminhar paciente com os exames para hemodinâmica.

Angioplastia

• Preparar leito do paciente;

• Receber o paciente, passando-o da maca para leito em decúbito dorsal, orientá-lo para não fletir o membro do procedimento;

• Revisar o curativo compressivo;

• Apalpar artéria pediosa, e observar cianose de extremidades;

• Aferir a anotar sinais vitais, principalmente PA e pulso;

• Administrar com rigor anticoagulante conforme prescrição médica.

TCE 1512

S. E. S.
Fls: 150
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Estudo Eletrofisiológico

É um exame realizado por meio de introdução de cateteres que chegam até o coração e são guiados por imagem radiológica (R.X), com a finalidade de detectar e avaliar uma arritmia cardíaca.

• Receber paciente cordialmente chamando-o pelo nome;

• Passar da maca para leito;

• Observar local da punção, jugular e femoral; mantendo curativo oclusivo;

• Orientar paciente quanto repouso no leito, não dobra o membro do procedimento;

• Verificar e anotar sinais-vitais;

• Manter ambiente calmo tranquilo para repouso no leito;

• Fazer troca de curativo compressivo conforme prescrição médica;

• Observar queixas e solicitar avaliação médica;

• Administrar medicação conforme prescrição médica.

• Verificar Sinais Vitais;

• Encaminhar paciente para higienização corporal e oral;

• Oferecer dieta conforme prescrição;

• Fazer troca de curativo.

Orientações para Alta

• Manter repouso em casa por 24h.

• Medicação conforme prescrição médica.

• Retorno ambulatorial conforme orientação médica.

Ablação

Tratamento utilizado para acabar com as arritmias cardíacas; que usa a energia de radio frequência aplicada diretamente nos focos das arritmias, com índice de cura hoje em torno de 95 a 98%, livrando inclusive o paciente do uso de medicamentos:

• Receber paciente cordialmente chamando-o pelo nome;

• Passar da marca para leito;

• Observar local da punção, jugular e femoral; mantendo curativo oclusivo;

• Orientar paciente quanto repouso no leito, não dobrou o membro do procedimento;

• Verificar e anotar sinais-vitais;
• Manter ambiente calmo tranquilo para repouso no leito;
• Fazer troca de curativo compressivo conforme prescrição médica;
• Observar queixas e medicações.

Ablação:

• Verificar Sinais Vitais;
• Encaminhar paciente par higienização corporal e oral;
• Oferecer dieta conforme prescrição;
• Fazer troca de curativo.

Orientações para Alta:

• Manter repouso em casa por 24h;
• Medicação conforme prescrição médica;
• Retorno ambulatorial conforme orientação médica.

Marca-Passo

Aparelho implantável no paciente com peso de mais ou menos 14 gramas no tecido subcutâneo, com a finalidade de estimular o coração através de eletrodos, fios muito finos que transportam estímulo elétrico até o coração, fazendo o trabalho do marca-passo natural, quando este não funciona de forma adequada.

Pré Operatório de Implante de Marca-Passo:

• Aferir pulso e encaminhá-lo para higienização corporal com auxílio;
• Oferecer camisola ou pijama limpo;
• Retirar prótese e roupa íntima;
• Solicitar maqueiro para encaminhar pacientes mais exames para centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas.

Pós Operatório de Implante Marca-Passo:

• Preparar o leito do paciente;
• Receber o paciente, passando-o da maca para o leito em decúbito dorsal;
• Orientá-lo para não dobrar o membro superior do lado da ferida operatória;
• Observar sangramento no local;
• Aferir e anotar sinais vitais, principalmente P.A e Pulso;
• Orientá-lo quanto ao repouso no leito;
• Solicitar acompanhamento familiar de acordo com o estado do paciente;
• Encaminhar o paciente para higienização corporal e oral com auxilio;

S.E.S.
Fls: 1502
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1513

• Oferecer o desjejum e observar aceitação;
• Realizar a troca de curativo na ferida operatória, observando;
• Hiperemia;
• Exsudado local;
• Alergia do esparadrapo;
• Edema.

Curativo

• Lavar com S.F. 0,9%;
• Secar;
• Ocluir;
• Manter aberto após 24h.

Orientações para Alta de Marca Passo

• Não usar colchão magnético;
• Não passar em porta giratória de banco;
• Orientar quanto à importância da data e hora do retorno ambulatório;
• Orientar o paciente e a família quanto à importância de administrar a medicação correta;
• Cuidados com a ferida operatória;
• Uso restrito do celular;
• Orientar a família e o paciente caso observe hiperemia e ou drenagem pela ferida operatória retornar.

Desfibrilador Implantável

Aparelho implantável com peso de mais ou menos 14 gramas é implantado na altura do tórax, que tem como função estimular o coração a bater de forma sincronizada, e também reverter uma arritmia; provocando uma descarga elétrica, salvando a vida do paciente.

Pré Operatório de Implante de Desfibrilador Implantável

• Aferir pulso e encaminhá-lo para higienização corporal com auxílio;
• Oferecer camisola ou pijama limpo;
• Retirar prótese e roupa íntima;
• Solicitar maqueiro para encaminhar paciente e os exames para centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas.

Desfibrilador Implantável

• Preparar o leito do paciente;

• Receber o paciente, passando-o da maca para o leito em decúbito dorsal;

• Orientá-lo para não dobrar o membro superior do lado da ferida operatória;

• Observar sangramento no local;

• Aferir e anotar sinais vitais, principalmente P.A e Pulso;

• Orientá-lo quanto ao repouso no leito;

• Solicitar acompanhamento familiar de acordo com o estado do paciente.

OBS: Caso haja descargas continuas do gerador (choque) comunicar com o cardiologista e colocar imã no local do aparelho.

• Encaminhar o paciente para higienização corporal e oral com auxilio;

• Oferecer o desjejum e observar aceitação.

• Realizar a troca de curativo na ferida operatória, observando:

• Hiperemia;

• Exsudato local;

• Alergia do esparadrapo;

• Edema.

Curativo

• Lavar com S.F. 0,9% o Secar

• Ocluir

• Manter ocluido nas primeiras 24h

Orientações para Alta de Desfibrilador Implantável:

• Não usar colchão magnético;

• Não passar em porta giratória de banco;

• Orientar quanto à importância da data e hora do retorno ambulatório;

• Orientar o paciente e a família quanto à importância de administrar a medicação correta;

• Cuidados com a ferida operatória;

• Uso restrito do celular;

Orientar a família e o paciente caso observe hiperemia e ou drenagem pela ferida operatória retornar.

S. E. S.
Fls: 1503
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1514

Clínica Cirúrgica

Pré-Operatória Mediato

É o período em que o paciente aguarda procedimento cirúrgico; vai desde o momento da internação até 24 horas antes da cirurgia. Neste período que são realizados todos os exames pré-operatórios.

Cuidados para Cirurgias

- Orientar o paciente sobre a hora e data ao da cirurgia.
- Rever exames já realizados como:
- Hemograma Completo;
- E.C.G;
- Bioquímica;
- Eletrocardiograma;
- Ecodopler;
- Cateterismo Cardíaco;
- Raios-X de Tórax;
- Orientar paciente quanto a dieta;
- Ouvir a tentar solucionar dúvidas e queixas do paciente;
- Observar:
- Presença de feridas na pele;
- Estado de conservação dos dentes e mucosa oral;
- Cabelos e couro cabeludo.

Pré-Operatório Imediato

É o período em que o paciente aguarda procedimento cirúrgico; vai desde o momento da internação até 24h antes da cirurgia.

- Orientar paciente sobre dieta zero de acordo com horário da cirurgia;
- Informar o horário correto do procedimento cirúrgico.
- Aferir e anotar medidas antropométricas.
- Encaminhar paciente para higienização corporal com clorexidina e oral, oferecendo camisola e pijama limpos.
- Retirar próteses / roupas íntimas/ adornos do paciente.
- Conferir com o paciente todos o pertences, rotular e guardar.
- Aferir e anotar sinais vitais.
- Administrar medicação conforme prescrição médica.

- Antibioticoterapia profilática na indução anestésica.
- Ansiolítico leve.

• Solicitar maqueiros e encaminhar e encaminhar o paciente com os exames para o centro cirúrgico.

Pós-Operatório de Pacientes Encaminhados da UTI

• Preparar o leito do paciente

• Receber paciente passando-o da maca para o leito em decúbito dorsal

• Observar o nível de consciência e colocá-lo em posição de Fowler

• Colocar roupa do hospital, camisola/pijama limpos.

• Observar o paciente quanto:

• Cianose de extremidades;

• Dispnéia;

• Náuseas/ Vômitos

• Aspecto da ferida operatória;

• Observar a presença de drenos fechados, abrir o dreno, observando cor, aspecto e volume;

• Observar a presença de S.V.D, abrir a sonda;

• Aferir e anotar sinais vitais;

• Orientar o paciente quanto a importância da deambulação e repouso.

Orientações Gerais para o Paciente

• Observar e comunicar caso tenha drenagem de líquidos pelo orifício dreno.

• Orientar quanto à prevenção de dor, náuseas e vômitos.

• Orientar quanto à importância da aceitação das dietas oferecida.

• Solicitar acompanhamento familiar.

• Ouvir e tentar solucionar queixas.

• Entregar todos os pertences, incluído prótese dentaria.

• Orientar quanto à importância da deambulação.

• Orientar quanto à importância da higienização oral e corporal.

Curativos Cirúrgicos

• Lavar as mãos;

• Levar o material até a unidade do paciente;

• Solicitar os acompanhamentos para se retirarem do quarto;

• Proceder ao curativo;

TCE 1515

S. E. S.
Fls: 1504
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• Calçar luvas;
• Usar máscara;
• Retirar curativo sujo conforme a técnica asséptica;
• Abrir pacote de curativo, conforme a técnica asséptica;
• Limpar o leito da ferida com S. F. 0,9% secar com gaze estéril;
• Observar aspecto do curativo se há presença de hiperemia, drenagem e edema local;
• Ocluir ferida operatória se houver drenagem, se não tiver presença de secreção deixar aberto após primeiras 24h;
• Recolher material de curativo;
• Encaminhar o paciente para deambulação assistida;
• Qualquer intercorrência solicitar avaliação do plantonista.

Orientações Para Alta

Paciente Cirúrgico

• Observar ferida operatória;
• Retirar pontos de acordo com a cicatrização (10 dias após cirurgia);
• Orientar paciente quanto ao retorno e medicação;
• Orientar pacientes quanto aos exames externos para controle: (Raio-X, E.C.G, Bioquímica, Ecodopler e demais exames);
• Orientar paciente, caso intercorrências procurar sempre orientação do médico assistente.

Orientar o paciente que se houver deiscência da ferida operatória após alta. Retornar com urgência ao hospital para avaliação e conduta.

Pacientes Clínicos

• Comunicar ao paciente sobre sua alta;
• Orientá-lo sobre medicação;
• Orientá-lo sobre o retorno, já agendado;
• Solicitar orientação de nutricionista;
• Comunicar familiares por telefone sobre a alta do paciente;
• Auxiliar o paciente a se vestir se houver necessidade;
• Aguardar chegada dos familiares na recepção de internação;
• Quando solicitar paciente de alta na recepção, a enfermagem encaminha o paciente de cadeira de rodas até a portaria e entrega-o para os familiares;
• Família assina alta do paciente;
• A internação lança alta no sistema.

Rotinas Operacionais – Clínica Médica

A Unidade de Clínica Médica é destinada ao tratamento de patologias eminentemente clínicas nas diferentes especialidades: endocrinologia, nefrologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, dermatologia e gastroenterologia, moléstias infecciosas e parasitárias entre outras, que vêm somar qualidade e interdisciplinaridade ao cuidado dos pacientes.

O posto de enfermagem da clínica segue a padronização da instituição, contendo um balcão com pia destinado principalmente para o preparo de medicações; armários para guarda de materiais como enxovais, materiais estéreis, soluções, entre outros; Box enumerados de acordo com os leitos para guarda de kits de medicações; suporte para guarda de prontuários, exames e impressos; possui ainda um balcão utilizado para realização de relatórios, evoluções e prescrição médica.

Na Clínica o cuidado dos pacientes envolve docentes, discentes, e profissionais das áreas de medicina, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e fisioterapia entre outras, que dentro da proposta de interação entre assistência, ensino, pesquisa oferecem um cuidar diferenciado.

Os leitos oferecidos pelo setor estão disponibilizados em enfermarias masculinas e femininas, visando atender pacientes clínicos referenciados pelas unidades básicas e unidades de urgências após a liberação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pela central de vagas municipal (controle e avaliação). As internações são exclusivamente custeadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Neurologia

Cuidados gerais com pacientes neurológicos clínicos

- Avaliar o quadro geral do paciente;
- Administrar medicação prescrita com rigor;
- Observar nível de consciência;
- Supervisionar a aceitação da alimentação, assim como a capacidade de deglutição;
- Realizar cuidados com nutrição enteral;
- Em casos de disfagia, solicitar avaliação da fonoaudiologia;
- Solicitar atendimento psicológico sempre que detectar necessidade;
- Avaliar liberar acompanhante familiar de acordo com o estado geral do paciente;

TCE 1516

S. E. S. Fls: 1505 Rubrica DE LICITAÇÃO

• Proporcionar ambiente calmo e tranquilo;
• Promover à mudança de decúbito de 2/2 horas e providenciar colchão caixa de ovo para evitar úlceras por pressão;
• Em casos de hemiparesia evitar punções venosas no lado afetado;
• Promover hidratação corporal do paciente;
• Realizar massagem de conforto, principalmente em proeminências ósseas;
• Aspirar secreções orais ou pela traqueostomia com técnica asséptica conforme necessidade (Rotina Prevenção de Pneumonia);
• Realizar cuidados na incontinência vesical (bexiga neurogênica) (Ver Rotina prevenção de infecção de vias urinárias);
• Manter o paciente limpo e seco;
• Estimular o paciente quanto à auto-ajuda para executar as atividades de vida diárias (AVD´s);
• Observar funcionamento intestinal;
• Ouvir e tentar solucionar queixas;
• Quando pacientes acamado, debilitado; proceder à higienização no leito ou banho de aspersão de acordo com o estado geral do paciente;
• Realizar a higiene oral.

Plantão Noturno

O trabalho é realizado no período das 19 as 07hs.

O enfermeiro exerce assistência de enfermagem dentro de princípios, científicos, éticos e de humanização a pacientes adultos e pediátricos, clínicos e cirúrgicos, em estado crítico, semi-crítico, intermediário e auto-cuidado, encaminhados do Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva.

O plantão noturno tem uma rotina própria, sendo que a maior parte das atividades assistenciais é realizada até as 24hs. Depois disto, a equipe de enfermagem fica a disposição para atender as solicitações dos pacientes e as intercorrências com os mesmos.

São administradas medicações de rotina as 02, 04 e 06 horas. Em torno das 05 horas, são realizadas as avaliações e registros dos pacientes para o término do plantão às 07 horas.

Quando houver algum problema, deve-se identificar em qual plantão ocorreu o fato e qual o enfermeiro responsável para que se possa esclarecer e solucionar as dúvidas, ou se julgar necessário para que se passe o caso para o supervisor tomar as devidas providências.

Não há serviço de apoio disponível, sendo que todos os encaminhamentos são realizados pela equipe de enfermagem da unidade.

Em situações de urgências/emergências o médico plantonista é acionado e aguardado para tomar as condutas médicas necessárias. Em quanto isso a equipe de enfermagem presta assistência básica de urgência, dentro dos limites éticos-legais.

São coletadas amostras de sangue dos pacientes que estiverem hemodinamicamente instáveis, em caráter de urgência.

A ordem do local reflete o nosso compromisso com o bem estar de todos.

Fluxos

Trânsito de Pessoas e identificação

O acolhimento e autorização para acesso de pessoas será feito, exclusivamente, pelas entradas principais de atendimento do edifício, sendo proibido o transito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais..

O transito de funcionários e prestadores de serviços nas dependências do **HOSP** será feita, exclusivamente, pela entrada de serviço.

Visando a preservação patrimonial e manutenção da segurança interna, todas as pessoas e colaboradores que tiverem acesso às dependências deverão portar crachás específicos bem como, terem sua entrada e saída registrada em livro próprio e / ou controle eletrônico, conforme o caso.

Serão reconhecidos como crachás – adesivos autocolantes:

Acompanhante: destinado a acompanhantes de pacientes que farão uso dos serviços prestados no Hospital;

Visitante: destinado a visitantes, fornecedores e demais pessoas que desejem ter acesso às dependências do Hospital, em horários e locais de acesso previamente determinados e autorizados;

Funcionários: Crachá funcional/nominal;

Prestador de Serviço: destinado a profissionais terceirizados e que prestem serviços, necessitando de acesso às instalações.

A entrega de crachá e ou adesivos autocolantes, só se dará mediante a apresentação pelo interessado de documento de identidade do mesmo. Os mesmos deverão ser usados na parte superior do corpo, em local de fácil visualização.

TCE 1517

S. E. 6.
Fls: 1506
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Os funcionários em trânsito também deverão ser identificados através do crachá e ter a entrada registrada em livro próprio ou controle eletrônico. Nos casos em que o colaborador em trânsito não estiver portando o crachá, a Recepção Central deverá verificar junto a Coordenação o cadastro do profissional e só então liberar o acesso deste às dependências, conforme o caso.

Os funcionários das empresas terceirizadas, como os de limpeza, manutenção e de vigilância, Nutrição e Dietética, no exercício de suas funções dentro das instalações do **HOSP** também deverão possuir e fazer o uso de crachá de identificação próprio da empresa contratada.

O controle de circulação de pessoas, fora dos horários normais de expediente ficará a cargo da empresa responsável pela vigilância e será feito mediante anotações em livro próprio, registrando-se o destino e o horário do ingresso e da saída. O acesso somente será permitido com a respectiva identificação e autorização do responsável pela Unidade / Coordenação ou direção receptora.

A critério do **HOSP** poderá ser interditado o acesso, a passagem ou a permanência de pessoas em quaisquer partes do edifício, ficando ainda proibido o acesso de vendedores, agenciadores. Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição. Fica proibido o ingresso e a utilização de cigarro, tabaco ou quaisquer outras substâncias ilícitas dentro das instalações, sendo vedada a entrada de visitantes ou prestadores de serviços alcoolizados.

Trânsito de volumes, objetos e bens móveis.

A saída ou o recebimento de mercadorias só será realizado com o acompanhamento de responsável devidamente designado, sendo que nenhum volume, objeto ou bem móvel poderá ser retirado sem que seu portador esteja munido da ***Autorização de Saída de Material***, que será sempre emitida, em duas vias, pela ficando uma delas de posse da pessoa que está fazendo a retirada. Essa via deve ser apresentada na Recepção para a saída mercadoria. A mesma deve ser devolvida no ato da devolução da mercadoria.

A medida não se aplica a volume cujo conteúdo indique visivelmente tratar-se de expedientes de rotina como processos, correspondências, boletins de serviço, etc.

Vigilância e Segurança Patrimonial

Haverá plena fiscalização das equipes de vigilância, devendo as mesmas ser executadas por empresa contratada, na forma da legislação vigente.

É expressamente proibido manter ou guardar substâncias capazes de fornecer risco à segurança dos prédios (Sede e Unidades), notadamente explosivos e inflamáveis, substâncias tóxicas ou materiais que exalem odores e impacto ambiental, salvo quando houver instalações apropriadas para tal e com pleno consentimento / deliberação superior, bem como os casos aplicáveis à gestão dos resíduos de saúde, constantes nesta Proposta de Trabalho.

Os aparelhos e equipamentos de uso comum somente poderão ser instalados ou remanejados por pessoas devidamente habilitadas.

Em caso de sinistro, conflito ou qualquer outra situação que possa afetar a ordem e a segurança, o esvaziamento do prédio será conduzido por pessoas treinadas, pertencentes ao Serviço de Vigilância, à Gerência de Logística e à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Qualquer desaparecimento de material, bem como os danos decorrentes de má utilização ou uso indevido das instalações, equipamentos e materiais deverá ser comunicado, imediatamente e por escrito à autoridade responsável por esta atribuição.

O responsável pela Unidade / Posto e consequentemente pelas instalações, equipamentos ou materiais sob sua guarda e responsabilidade, deverá comunicar primeiro o Diretor Geral para providências de registrar o Boletim de Ocorrência Policial, em até três dias úteis, subsequentes ao conhecimento do fato.

O **INSTITUTO** adotará providências cabíveis, promoverá a instauração de sindicância visando à apuração do ocorrido, bem como comunicar à empresa prestadora de serviço de vigilância.

Concluída a sindicância e caracterizada a existência de responsável pela avaria ou desaparecimento do material, independentemente de outras penalidades, sujeitar-se-á o envolvido a uma das seguintes opções:

a) Arcar com as despesas da recuperação do material;

b) Substituir o material por outro com as mesmas características;

c) Indenizar em dinheiro, esse material, de acordo com o preço de mercado atualizado.

O **INSTITUTO** não se responsabilizará pelo desaparecimento de materiais e objetos de propriedade particular, não cabendo assim, qualquer providência administrativa.

As correspondências de qualquer espécie deverão ser entregues, exclusivamente, no setor destinado ao protocolo.

É vedada a colocação de móveis ou de quaisquer objetos que obstruam as áreas de circulação e partes comuns das instalações e/ou imediações do Hospital.

Circuito Interno de TV - CFTV / Sala de Monitoramento

O **INSTITUTO** pretende criar e implementar um Sistema de Monitoramento através de Circuito Interno de TV - CFTV, composto por um avançado parque tecnológico de câmeras, monitores e acessórios correlatos para monitoramento, em tempo real, de toda a situação interna e externa do Hospital.

Tal sistema implantará câmeras de monitoramento em locais estratégicos para manutenção da segurança do Hospital, como recepção e locais de circulação, entrada e saída de pessoas/colaboradores, estacionamento, almoxarifado, farmácia e corredores internos, além da possibilidade do monitoramento das calçadas e imediações do prédio, na forma da legislação vigente.

Sala de Monitoramento equipada com monitores de LCD, que transmitirão as informações para o gestor e para o setor de segurança, e que ficarão gravadas para consulta / providências cabíveis.

O monitoramento **também poderá ser realizado à distância** por setores / pessoas previamente autorizadas, que poderão tomar providências imediatas e eficazes para resolução dos problemas sem, contudo, dispensar a atenção.

A instalação do circuito obedecerá à legislação vigente, sobretudo a Lei do Município de Goiânia de nº. 8.367, de 22 de Dezembro de 2005, na qual dispõe sobre a colocação de placas informativas. Estas placas de aviso serão instaladas nos locais monitorados e informarão sobre o circuito de câmeras, proporcionando embasamento jurídico/legal, bem como ampliando a sensação de segurança para as pessoas/colaboradores.

Normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

ARTIGOS, ROUPAS E AMBIENTES - RECOMENDAÇÕES PARA EQUIPE ASSISTENTE.

INTRODUÇÃO

Os mecanismos de controle de infecção foram evoluindo ao longo da história e os processos de limpeza foram aperfeiçoando-se, adquirindo critérios técnicos fundamentados no modo de transmissão das doenças e nos princípios de assepsia.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) interagem com a Central de Material e Esterilização (CME), Serviço de Higienização e Limpeza (SHL) e Serviço de Processamento de Roupas (Lavanderia) quanto à:

• Indicação e Avaliação dos produtos que serão utilizados nas atividades destes serviços, em função da eficiência e eficácia, considerando a documentação exigida pela ANVISA;

• Participação no processo de elaboração e atualização do Manual Operacional Padrão para estes setores, visando assegurar o cumprimento das normas de controle de infecção hospitalar;

• Orientação técnico-científica dos supervisores, de forma a garantir a implantação das normas e rotinas elaboradas para estes setores;

• Participação do programa de treinamento destas equipes de forma a garantindo o cumprimento das normas e rotinas da CCIH.

Conceitos Aplicados:

- **Assepsia:**

É o conjunto de medidas que permitam manter um ser vivo ou meio inerte, isento de bactérias.

* **Procedimento Asséptico:** procedimento realizado com o emprego de um conjunto de medidas utilizadas para impedir a penetração de microorganismos (contaminação) em local que não os contenha.

S. E. 8
Fls: 1508
Rubrica

- **Anti-sepsia:**

É o processo de eliminação ou inibição do crescimento dos microrganismos na pele e mucosas. Realizada através de anti-sépticos bactericidas (destroi as bactérias nas formas vegetativas) ou bacteriostáticos (inibem o crescimento das bactérias).

TCE 1519

** Refere-se à desinfecção de tecidos vivos com anti-sépticos.*

a) Anti-sepsia cirúrgica das mãos: é o processo que remove e destrói microrganismos transitórios, e reduz a flora residente das mãos dos profissionais que atuarão no campo operatório;

b) Degermação: remoção ou redução de bactérias da pele por limpeza mecânica e agente químico (anti-séptico com sabão);

c) Cuidados na Conservação dos anti-sépticos: proteger as soluções da exposição à luz sólar direta ou à temperaturas elevadas; fracionar as soluções em pequenos frascos, possibilitando individualização do uso e consumo rápido do produto; estabelecer rotinas de troca (esvaziamento, limpeza e desinfecção) de almotolias reenvasáveis, identificando-as com tipo de anti-séptico e data do envase (ver Rotina de Desinfecção de Almotolias e Saboneteiras).

LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS

A Central de Material e Esterilização - CME é a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos. Portanto, todos os instrumentais cirúrgicos a serem utilizados nos procedimentos realizados na instituição, deverão ser esterilizados por este setor.

Dinâmica e Fluxo na Central de Material e Esterilização:

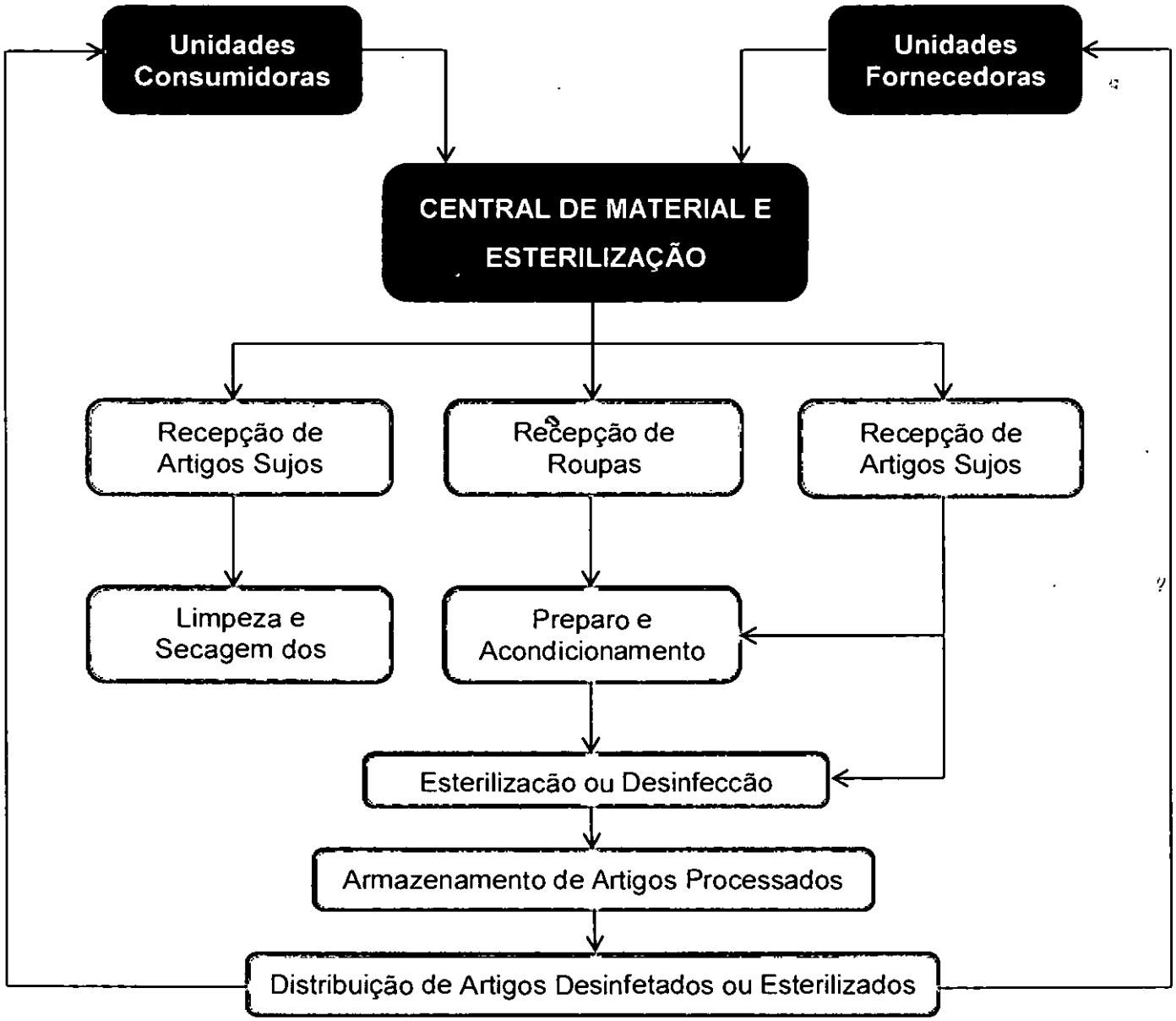
A dinâmica de trabalho na CME deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

Fluxograma 01: Fluxo unidirecional da CME

Expurgo	Preparo de material e carga da autoclave	Retirada de material da autoclave e guarda do material estéril
ÁREA SUJA	ÁREA LIMPA	ÁREA ESTÉRIL

Fluxo unidirecional com barreira física entre as áreas

Fluxograma 02: Fluxo unidirecional dos artigos na CME



S. E. S.
Fls: 1509
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1520

Limpeza:

É o processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de artigos e/ou superfícies, devendo ser realizada imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

Produtos:

• **Sabão Neutro:** facilita a retirada da sujidade seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujidade incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza;

• **Sabão Enzimático:** remoção de sujidade sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos;

• **Desincrustante:** proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vez por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

Desinfecção:

É o processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos artigos (exceto os microorganismos esporulados).

Tipo de Desinfecção:

• **Baixo Nível:** é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não-lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa microrganismos resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;

* **Álcool 70%**: desinfecção por fricção manual por 30 segundos – *Baixo Nível.*

• **Médio Nível (Intermediário):** tem ação virucida, bactericida para forma vegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;

* **Hipoclorito de sódio a 1%**: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Médio Nível*;

• **Alto Nível:** destrói todas as bactérias vegetativas, micobactérias, fungos, vírus e parte dos esporos;

* **Glutaraldeído**: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Alto Nível*;

* **Ácido Peracético:** desinfecção em 10 minutos de imersão – *Alto Nível.*

Critérios de indicação para Desinfecção de Artigos: baseada na classificação de artigos; segundo Spaulding, 1968:

• **Artigos críticos**: penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;

• **Artigos semicríticos:** destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras;

Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);

• **Artigos não críticos**: artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc).

Esterilização:

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microorganismos presentes.

Reprocessamentos: É o método aplicado em artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção, esterilização;

Obs: Caso se decida pelo re-processamento devem ser observados os seguintes itens: manutenção das propriedades físico-químicas do artigo em questão; compatibilidade entre o processo e o artigo; identificação do artigo que foi re-processado; adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos;

Reesterilização: É o processo de artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida.

Tipos de Esterilização:

• **Esterilização Física / Autoclave:** Processo de esterilização que utiliza alta temperatura de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia. Devem ser esterilizados por este processo todos os artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: artigos de borracha, tecidos, metais e vidros);

S.E.S. Fls. 1510 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• **Esterilização Química:** É o processo de esterilização por meio de imersão dos artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termossensíveis. Produtos: Ácido Peracético (1 hora) e Glutaraldeído (8 a 10 horas);

• **Esterilização Físico-Química / Óxido e Etileno:** é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60°C (ex: materiais termossensíveis que não podem passar por esterilização química).

Validade da Esterilização:

• **Papel Crepado:** 30 dias;

• **Papel grau cirúrgico:** 02 anos (ou de acordo com a validação do fabricante);

• **Tecido:** 07 dias (em autoclave);

• **Saco plástico / tecido:** 24 horas (esterilização química de material de uso ambulatorial);

• **Tecido:** imediato (esterilização química de material cirúrgico).

05. Reprocessamento de Artigos de Uso Único:

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos). Os artigos de uso único não são passíveis de reeterilização e portanto sua reutilização é proibida (Resolução RDC nº 156/2006 e Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).

Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:

• As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;

• O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do artigo;

• Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;

• Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial.

Lista de Produtos Médicos de Uso Único: *(Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).*

1. Agulhas com componentes, plásticos não desmontáveis;
2. Aventais descartáveis;
3. Bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação;
4. Bisturis descartáveis com lâmina fixa ao cabo; (funcionalidade);
5. Bolsa coletora de espécimes cirúrgicos;
6. Bolsas de sangue;
7. Bomba centrífuga de sangue;
8. Bomba de infusão implantável;
9. Campos cirúrgicos descartáveis;
10. Cânulas para perfusão, exceto as cânulas aramadas;
11. Cateter de Balão Intra-aórtico;
12. Cateter epidural;
13. Cateter para embolectomia, tipo Fogart;
14. Cateter para oxigênio;
15. Cateter para medida de débito por termodiluição;
16. Cateter duplo J, para ureter;
17. Cateteres de diálise peritoneal de curta e longa permanência;
18. Cateteres e válvulas para derivação ventricular;
19. Cateteres para infusão venosa com lume único, duplo ou triplo;
20. Cobertura descartável para mesa de instrumental cirúrgico;
21. Coletores de urina de drenagens, aberta ou fechada;
22. Compressas cirúrgicas descartáveis;
23. Conjuntos de tubos para uso em circulação extracorpórea;
24. Dique de borracha para uso odontológico;
25. Dispositivo para infusão vascular periférica ou aspiração venosa;
26. Dispositivo linear ou circular, não desmontável, para sutura mecânica;
27. Drenos em geral;
28. Embalagens descartáveis para esterilização de qualquer natureza;
29. Equipos descartáveis de qualquer natureza exceto as linhas de diálise, de irrigação e aspiração oftalmológicas;

S.E.S. Fls: 1511 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1522

30. Esponjas Oftalmológicas;
31. Expansores de pele com válvula;
32. Extensões para eletrodos implantáveis;
33. Equipos para bombas de infusão peristálticas e de seringas;
34 Extensores para equipos com ou sem dispositivo para administração de medicamentos;
35. Filtros de linha para sangue arterial;
36. Filtros para cardioplegia;
37. Filtros endovasculares;
38. Fios de sutura cirúrgica: fibra, natural, sintético ou colágeno, com ou sem agulha;
39. Geradores de pulso implantáveis;
40. Hemoconcentradores;
41. Injetores valvulados (para injeção de medicamentos, sem agulha metálica);
42. Lâmina de Shaiver com diâmetro interno menor que 3mm;
43. Lâminas descartáveis de bisturi, exceto as de uso oftalmológico;
44. Lancetas de hemoglicoteste;
45. Lentes de contato descartáveis;
46. Luvas cirúrgicas;
47. Luvas de procedimento;
48. Óleos de silicone Oftalmológico e soluções viscoelásticas oftalmológicas;
49. Oxigenador de bolhas;
50. Oxigenador de membrana;
51. Pinças e tesouras não desmontáveis de qualquer diâmetro para cirurgias vídeo assistida laparoscópica;
52. Produtos implantáveis de qualquer natureza como: cardíaca, neurológica, odontológica, oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, pulmonar, urológica e vascular;
53. Punch cardíaco plástico;
54. Reservatórios venosos para cirurgia cardíaca de cardioplegia e de cardiotomia;
55. Sensor débito cardíaco;
56. Sensores de Pressão Intra-Craniana;

57. Seringas plásticas exceto de bomba injetora de contraste radiológico.
58 Sondas de aspiração;
59. Sondas gástricas e nasogástricas, exceto as do tipo fouché;
60 Sondas retais;
61 Sondas uretrais e vesicais, exceto uso em urodinâmica;
62. Sugador cirúrgico plástico para uso em odontologia;
63. Registro multivias de plástico, exceto os múltiplos, tipo manifold;
64.Cúpula isoladas para transdutores de pressão sanguínea;
65.Trocater não desmontável com válvula de qualquer diâmetro;
66.Tubo de coleta de sangue.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:

• Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não armazená-los em baixo da pia e/ou locais úmidos;

• Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;

• Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;

• Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;

• Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc);

• Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);

• Gazes estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas, podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;

• Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O2);

• Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;

TCE 1523
S. E. S
Fls: 1512
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverão ser encaminhados ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);

• Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens; Se contaminados deverão ser desprezados.

• Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:

* Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);

* Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril (enfermeiro ou médico);

• Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado; armazenar adequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsito de material estéril pelo hospital, quando buscá-los na CME.

• Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na CME o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso):

* Horário de Funcionamento do Expurgo: 10h – 11:30h; 13h – 14h; 16h – 18h; 24h – 1h; 05:30h – 06:40h.

* Coleta de Material:

- Unidades de Internação (comadres, compadres e bacias): 10h e 17h;

- Centro Cirúrgico: 10h, 13h, 16h e 17h.

LIMPEZA, DESINFECÇÃO DE AMBIENTES

Classificação das Áreas Hospitalares:

Para facilitar o discernimento entre a necessidade de limpeza ou desinfecção, o ambiente hospitalar foi classificado de acordo com o risco de contaminação em áreas: Críticas, Semicríticas e Não-Críticas.

Áreas Críticas:

São aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência), maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções:

• Centro Cirúrgico;

• Unidade de Tratamento Intensivo (UTI);

• Unidade de Transplante;

• Berçário;

• Hemodiálise;

• Laboratórios;

• Banco de Sangue;

• Lavanderia (área suja).

Áreas Semicríticas:

São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção menor:

• Enfermarias em geral;

• Isolamentos;

• Ambulatórios;

• Pronto Atendimento;

• Salas de pequenas cirurgias;

• Sala de Curativos;

• Sala de procedimentos e/ou exames;

• Banheiros.

Áreas não Críticas:

São todas as áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, não ocupadas por pacientes, ou destinadas a exames clínicos:

• Almoxarifado;

• Diretoria;

• Coordenação de Ensino e Pesquisa;

• Departamento Pessoal;

• Recepções;

• Salas de aula;

• Serviços de apoio: Rx, CCIH, Comissão de Prontuário, etc;

• Setores Administrativos em geral.

Frequência da Limpeza:

• Em áreas críticas, duas vezes ao dia (ao iniciar os plantões) e quando necessário;

• Em áreas semicríticas uma vez ao dia e quando necessário;

• Em áreas não-críticas uma vez ao dia e quando necessário.

TCE 1524

S. E. S.
Fls: 1513
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Limpeza e Desinfecção de Ambiente:

É importante diferenciar os termos limpeza e desinfecção, para evitar confusões que possam comprometer o processo de desinfecção.

• **Limpeza/lavagem**: é a remoção de sujidade do piso, de paredes, teto, mobiliário e equipamentos, utilizando-se água e detergente. Esse processo é fundamental para que a desinfecção se processe adequadamente. A limpeza mecânica com detergente elimina 80% dos microrganismos e os desinfetantes químicos eliminam cerca de 90% a 95% destes.

• **Desinfecção:** é o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos ou físicos.

Tipos de Limpeza:

• **Limpeza Concorrente:** é realizada diariamente, ou quando necessário, em todas as unidades, inclusive na presença de pacientes.

• **Limpeza Terminal:** é realizada após alta, óbito ou transferência do paciente. Tem por finalidade a redução da contaminação do ambiente, bem como a preparação segura e adequada para receber um novo paciente.

Tipos de Desinfecção:

• **Desinfecção Concorrente:** é realizada após contaminação com material orgânico (fezes, urina, vomito, sangue, secreções), antecedendo a limpeza das superfícies.

• **Desinfecção Terminal:** é realizada após limpeza terminal quando da alta, óbito ou transferência do paciente.

Soluções para Desinfecção de Superfície

Álcool a 70% (Usado pela Equipe de Enfermagem).

• O álcool a 70% é utilizado na Desinfecção Concorrente ou Terminal da unidade do paciente, devendo ser realizada pelo pessoal da enfermagem;

• Na desinfecção terminal da unidade do paciente o álcool a 70% deverá ser usado após limpeza terminal realizada pelos funcionários do SHL;

• O álcool a 70% é utilizado para desinfecção de equipamentos, bancadas, macas, superfícies metálicas e etc.

Hipoclorito de sódio a 1%

• É utilizado na desinfecção terminal e Concorrente de pisos, paredes e banheiros, não devendo ser utilizado em artigos metálicos;

• É utilizado na desinfecção terminal após a limpeza terminal;

• O Hipoclorito é utilizado na Desinfecção Concorrente ou Terminal das Áreas Críticas;

• Semicríticas, devendo ser realizada pelo pessoal do SHL após limpeza.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem na Limpeza do Ambiente Hospitalar:

• Colaborar com o funcionário do Serviço de Higienização e Limpeza, quando o mesmo estiver realizando a limpeza do ambiente;

• Comunicar ao funcionário do Serviço de Higienização e Limpeza o momento certo de realizar a limpeza da unidade do paciente;

* Quando alta transferência ou óbito;

* Quando internação prolongada (de 15/15 dias).

• A enfermagem deverá desocupar o leito e solicitar a limpeza do mesmo nos casos de internação prolongada (15/15 dias);

• Solicitar a limpeza terminal da unidade do paciente sempre que necessário;

• Não utilizar sabonetes líquidos, de lavagem das mãos, para limpeza de equipamentos e superfícies;

Utilizar sabão específico entregue pelo Supervisor de higienização e limpeza;

• Semanalmente desocupar armários, gavetas e ambientes dos postos de enfermagem, para limpeza terminal a ser realizada pelos SHL;

• Esvaziar a geladeira para limpeza quinzenal e sempre que necessário. Fazer a desinfecção com álcool a 70% da geladeira após limpeza;

• Realizar a desinfecção de materiais, equipamentos, bancadas, armários, macas e da unidade do paciente com álcool a 70%;

* Embeber o pano no álcool e fazer 03 fricções locais por 30 segundos, deixando a superfície secar espontaneamente;

* Manter o frasco rotulado com nome da solução, validade, data da abertura e assinatura;

S. E. S.
Fls: 1514
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

* O prazo máximo para uso da solução, após a abertura, é de 07 dias;

* Proceder a limpeza do local a ser limpo, com água e sabão, antes da desinfecção se o mesmo tiver presença de matéria orgânica (no caso de ser a unidade do paciente solicitar a limpeza ao funcionário do SHL);

• Recolher roupas, comadres, compadres e qualquer outro material utilizado na assistência ao paciente, para que o funcionário do SHL proceda à limpeza da enfermaria e da unidade do paciente:

* No que diz respeito à unidade do paciente estão incluídos: a cama, o suporte de soro, a escadinha, a mesinha de cabeceira, a mesa de refeição, o cesto de lixo e demais mobiliários utilizados durante a assistência ao paciente.

• Na Hemodiálise a limpeza da unidade do paciente é responsabilidade da equipe de enfermagem: cadeira, máquina de diálise e outros equipamentos utilizados durante a seção;

• Estabelecer uma rigorosa rotina de limpeza e desinfecção do ambiente, entre cada procedimento; para locais destinados a realização de procedimentos limpos e contaminados;

• Ao realizar um procedimento contaminado, realizar limpeza e desinfecção do ambiente, antes da realização de outro procedimento;

• Em consultórios e/ou salas de procedimento estabelecer desinfecção das macas com água, sabão e álcool a 70% e troca de lençóis a cada paciente;

• Não realizar ao mesmo tempo procedimento limpo e contaminado, no mesmo ambiente;

• Priorizar a realização de todos os procedimentos limpos antes dos contaminados, quando utilizar o mesmo ambiente para ambos.

PROCESSAMENTO DE ROUPAS

A Unidade de Processamento de Roupa ou Lavanderia é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, qualidade e conservação a todas as unidades do hospital, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

As roupas utilizadas no hospital incluem lençóis, cobertores, toalhas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, propés, capotes, gorros, dentre outros.

O Processamento de Roupas dentro da unidade hospitalar é de fundamental importância, pois envolve os seguintes aspectos:

• Controle das infecções;

• Recuperação, conforto e segurança do paciente;

• Eficiência na assistência prestada por parte dos profissionais de saúde.

Processamento Geral das Roupas:

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

Acondicionamento e Remoção da Roupa Suja da Unidade Geradora:

O Acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando à proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os sacos plásticos dos hampers são transparentes e de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos;

A retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas) deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

Coleta e Transporte da Roupa Suja:

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas);

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada no próprio saco plástico do hamper, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte (deixar um saco novo no lugar);

S.E.S. Fls: 1515 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

O Carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

Obs: Como o carro de coleta do hospital não possui tampa, deve-se observar o fechamento adequado dos sacos plásticos, e respeitar a capacidade dos carros de coleta rigorosamente.

Processamento da Roupa na Área Suja (Pesagem, Separação e Classificação):

Na área suja da Lavanderia, a roupa é classificada e pesada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

• **Pesagem:** etapa não realizada no hospital por falta de balança (etapa importante para dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora).

• **Separação e Classificação:** A separação é realizada para retirar os objetos que possa interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de hampers (objetos sólidos, instrumentais, etc), bem como proceder a Classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas, puxando-as pelas pontas sem apertar, para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfurocortantes, outros resíduos sólidos, etc.

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A roupa é classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade (Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades; Sujidade leve: roupas sem presença de fluídos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos).

Processo de Lavagem (Umectação, Pré-lavagem, Alvejamento, Acidulação, Amaciamento):

O processo de Lavagem consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradável, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo. A roupa é desinfetada durante esta etapa, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril;

A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

Processamento da Roupa na Área Limpa (Centrifugação, Secagem, Calandragem, Prensagem, Embalagem, Estoque e Armazenamento):

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas;

Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia;

O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

Obs: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, quando necessária deverá ser precedida de banho.

Transporte e Distribuição da Roupa Limpa:

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de recontaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

Particularidades:

• **Serviço de Quimioterapia:** Não há recomendação específica para o processo de lavagem de roupas contaminadas com antineoplásicos, no entanto, é fundamental a adoção de precauções padrão ao manipular roupa contaminada com esses medicamentos.

* As roupas contaminadas com excretas e fluidas corporais de pacientes em quimioterapia precisam ser acondicionadas e identificadas (Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material) para encaminhamento à Lavanderia;

* O recolhimento das roupas dos pacientes e a manipulação antes de introduzir na lavadora devem ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar;

* O uso de máscara de carvão ativado para a manipulação destas roupas é obrigatório.

S. E. S.
Fls: 1516
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• **Roupas provenientes de pacientes em isolamento:** Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento.

• **Roupas provenientes de serviço de nutrição e dietética e panos para limpeza:** Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo-ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

Esterilização das Roupas:

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, consequentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas à esterilização após a sua lavagem.

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos.

Roupas que serão submetidas à esterilização não poderão ser submetidas à calandragem ou passadoria a ferro.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem com o Enxoval do Hospital

• Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte. Isso evitará a contaminação do ambiente, já que não possuímos carros com tampa;

• Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper;

• Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;

• Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de Enfermarias comum);

• A manipulação das roupas contaminadas com excretas e fluidas corporais de pacientes em quimioterapia, deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar: acondicioná-las em hampers, protegidas com lençol não contaminado até o recolhimento pela lavanderia (envolver toda a roupa do paciente no lençol do leito fazendo uma "troxinha");

• Evitar que objetos perfurocortantes, instrumentais ou outros artigos sejam deixados juntamente com a roupa suja nos hampers (aumenta risco de acidentes para os funcionários da lavanderia);

• O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário;

• O funcionário da lavanderia identifica os sacos plásticos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;

** A rotina de identificação dos hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.*

• Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente (solicitar sacos brancos leitosos ao SHL);

• A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados; Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário;

• A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais;

• Não usar lençol e/ou campos como forro de mesas e/ou bancadas, devido ao número reduzido de enxoval e a necessidade de desinfecção frequente destes locais.

S.E.S. Fls: 1517 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

• O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada na unidade do hospital; É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque;

• A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa;

• Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequada em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas;

• No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

Obs: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfurocortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa. As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão das precauções padrão.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

01. ANVISA –. **Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Riscos**;
Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 3º Ed. 120p, 2007.

02. ANVISA – **Resolução RDC nº 156** de 11 de Agosto de 2006: Dispõe sobre o registro, rotulagem e re-processamento de produtos médicos, e dá outras providencias;

03. ANVISA – **Resolução RE nº 2605** de 11 de Agosto de 2006: Estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados;

04. APECIH - **Esterilização de Artigo em Unidade de Saúde**. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2º Ed. 159 p, 2003;

05. CCIH / HC – Unicamp: **Normas para Utilização de Anti-Sépticos**. Universidade Estadual de Campinas, Hospital das Clínicas, 2000;

06. CGRSS / SCIH / CCIH –: **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia;
Fevereiro / 2005.

07. SCIH / CCIH – **Rotina de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Fevereiro / 2006;

08. SCIH / CCIH – **Rotina de Prevenção de Pneumonias Hospitalares**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Fevereiro / 2006;

09. SCIH / CCIH – **Manual de Curativos**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Revisão / Agosto 2005;

10. SCIH / CCIH – **Rotina de Higienização e Limpeza do Ambiente Hospitalar**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Revisão / Março 2005;

11. SCIH / CCIH –. **Manual de Coleta Microbiológica**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Revisão / 2004;

12. SCIH / CCIH – **Rotina de Biossegurança e Precauções**. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Junho / 2006;

13. SHL/ SCIH / CCIH – **Rotina de Higienização e Limpeza do Ambiente Hospitalar**. Serviço de Higienização e Limpeza / Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Março / 2006;

14. MARTINS, M.A. **Manual de Infecção Hospitalar e Epidemiologia: Prevenção e Controle**, 2º edição 2001.

E. S.
Fls: 1518
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

6.2.7 Descrição das Rotinas Gerenciais da Administração Geral

A Equipe Gestora está orientada a obter e garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes no Hospital.

As competências e atribuições da equipe gestora estão descritas no **Regulamento Hospitalar, 6.1.2**

O gerenciamento exercido pela Equipe Gestora está descrito de forma transversal em toda Proposta Técnica e está aportado nas diretrizes operacionais:

- Criar e implementar a Diretoria Colegiada e o Conselho Gestor;
- Dar relevância à área de Urgência e Emergência onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados;
- Implementar as linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal objetivando garantir a atenção hospitalar;
- Implementar o Comitê de Qualidade e as Comissões Técnicas;
- Incluir propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população;
- Dispor de recursos humanos capacitados e da infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva;
- Definir um eixo comum de organização do cotidiano dos trabalhadores;
- Organizar os processos de trabalho envolvendo os processos de humanização e acolhimento dos usuários; a organização da atenção programada com base em riscos;
- Alinhar os processos de trabalho para que permitam equilíbrio na promoção, prevenção e atenção, entre o agudo e o crônico no cotidiano das agendas;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado, aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas, e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede quando necessário;

- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho;
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos;
- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento de projetos;
- Desenvolver um processo sistemático de informação e educação à população;
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde;
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, através da aplicação de uma linha de base, da avaliação de processos e resultados e da avaliação das opiniões de profissionais e usuários.

Aportam também atividades nas etapas do processo de trabalho para o desenvolvimento e aprimoramento da gestão do **Hospital de Urgência de Goiânia**:

- Responsabilizar-se pelas documentações do hospital necessárias para o adequado funcionamento da unidade hospitalar e prestação dos serviços contratados, segundo a legislação vigente: dados para a atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), alvará sanitário, licenças, habilitações, permissões e autorizações; publicações;
- Reorganizar a equipe gerencial designada para a gestão da unidade segundo os padrões de qualificação definidos para os cargos na presente proposta técnica;
- Disponibilizar a totalidade dos seus leitos segundo as determinações do setor de Controle, Regulação e Avaliação da SES-GO e adotar a Política de VAGA ZERO para pacientes em situação de emergência clínica, pacientes encaminhados via central de leitos;
- Realizar e apurar regularmente o Censo Hospitalar Diário, em todas as unidades de produção assistenciais;

S. E. S.
Fls: 1519
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Informar adequadamente e regular os Sistemas Oficiais de Informação em Saúde (SIA, SIH, SINASC, SIM, etc.);
- Informar mensalmente à SES-GO a produção hospitalar e ambulatorial realizada no mês anterior, até o quinto dia útil do mês subsequente e elaborar Relatórios Gerenciais;
- Dar publicidade aos Relatórios Gerenciais;
- Adotar prontuário único para cada paciente, cuidando para a boa qualidade do seu preenchimento, bem como da sua guarda, segundo a legislação vigente;
- Criar e manter o funcionamento regular das Comissões Hospitalares definidas na presente proposta técnica;
- Aplicar os processos de Gestão Clínica e Gestão de Leitos, em especial aqueles estabelecidos pela SES-GO;
- Implementar as rotinas gerenciais determinadas pela SES-GO nas áreas de: Farmácia; Almoxarifado; Limpeza e Higienização; Elaboração e Encaminhamento dos Processos de Compras; Elaboração, Fechamento e Processamento de Contas Hospitalares;
- Possuir e disponibilizar rotinas administrativas de funcionamento da unidade e atendimento aos usuários;
- Elaborar, implantar e monitorar os POPs (Procedimentos Operacionais Padrão) de acordo com a legislação vigente;
- Implementar sistema de identificação dos colaboradores, caracterizando categoria profissional, permissões e níveis de acesso;
- Elaborar e implantar o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde;
- Efetivar a humanização da atenção à saúde, através da maior participação de familiares e acompanhantes no processo terapêutico, de comum acordo com a equipe de profissionais de saúde;
- Elaboração do Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares (vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigiliância e tecnovigilância);

- Elaborar, desenvolver e gerenciar atividades de ensino e ou de educação em serviço que colaborem na formação e qualificação da força de trabalho em saúde, voltada para o SUS;
- Operacionalizar, monitorar, avaliar e realizar a prestação de contas do Plano de Investimentos e Incorporação Tecnológica elaborado para o hospital e definido como 10% do valor de custeio para reinvestimento, na presente proposta técnica;
- Realizar reunião quinzenal do Colegiado Gestor e mensal da Diretoria Colegiada;
- Realizar reunião mensal, ou sempre que se fizer necessário, com a equipe de acompanhamento do contrato;
- Participar ativamente do processo de monitoramento e avaliação do Contrato de Gestão, conforme definido pela SES-GO;

Realizar a prestação de contas das ações e serviços, conforme definido no Contrato de Gestão.

6.3 Manutenção Predial

Apresentação

O Serviço de Manutenção Predial hospitalar será responsável por toda a estrutura física da unidade hospitalar. A Manutenção Predial vai realizar um conjunto de atividades que conservam ou recuperam a capacidade funcional da edificação e de seus componentes a fim de atender as necessidades e a segurança dos usuários do hospital.

A Manutenção pode ser Corretiva e Preventiva.

Corretiva:

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

Manutenção Preventiva:

Manutenção planejada que previne a ocorrência de danos potenciais.

S. E. S.
Fls: 1520
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Ciclo do Processo:

O Ciclo do Processo da Manutenção Predial compreende as fases:

Solicitação;

Verificação;

Preparação;

Execução;

Avaliação e Melhorias.

TCE 1531

Fase	Responsável
Solicitação	Funcionário setor
Verificação	Equipe de logística
Execução	Encarregado de Manutenção Predial
Avaliação e Melhorias	Gerente /Encarregado

Sistemática

Serão desenvolvidos check list que abordam grande parte das necessidades de manutenção predial.

Cada check list contem a identificação do componente, a descrição das verificações e sua periodicidade.

O instituto desenvolveu oito check list abordando os aspectos mais relevantes da manutenção predial preventiva, incluindo o item e a periodicidade.

a) Instalação elétrica

b) Instalação hidráulica

c) Instalação telefônica

d) Ar condicionado

e) Edifício

f) Combate ao fogo

g) Para-raios

h) Veículos

A aplicação do check list, pelo menos na fase inicial deve ser completa.

Com o uso continuado será possível haver algum outro tipo de verificação ou componente.

Planejamento do Serviço de Manutenção Hospitalar

A Arquitetura Hospitalar abrange em seu bojo vário "Arquiteturas", como: Arquitetura-Infecto-Preditiva, Arquitetura- Segurança-Preditiva, Arquitetura-Administração-Preditiva, Arquitetura-Humanização - Preditiva, Arquitetura Manutenção-Preditiva. É a manutenção predial por "Antecipação", Continuidade Operacional.

A Manutenção Orgânica encontra-se vinculada à Arquitetura, à Construção, às Instalações, aos Equipamentos e à Funcionalidade. A Manutenção Operacional é a que sucede e é a que dá continuidade à Manutenção Orgânica, prevenindo, conservando, reparando, preservando e assegurando a operacionalidade do hospital.

Manutenção Orgânica, Arquitetura-Manutenção-Preditiva ou Arquitetura de Manutenção são direcionadas para os requisitos arquitetônicos, construtivos, de instalação e de equipamentos, que a arquitetura deve prever e incorporar ao edifício, para viabilizar, facilitar e tornar econômica e racional a manutenção futura do hospital e, principalmente, para assegurar a imprescindível "Continuidade Operacional" (sem interrupção) de setores vitais e críticos.

Manutenção Orgânica e Operacional

A presente proposta de Serviço de Manutenção Predial cuida de aspectos de Manutenção Operacional, relacionados à Manutenção Preventiva, Condicionada a Manutenção Corretiva. Tem o objetivo de abordagem de recursos e meios a serem incorporados, pela Arquitetura Hospitalar ao hospital visando ir ao encontro e facilitar e tornar possível a correta Manutenção Preventiva, Manutenção Condicionada e Manutenção Corretiva.

A Manutenção Preventiva Condicionada, como o nome sugere, é uma manutenção dependente de tecnologia mais avançada, visando apurar, com mais precisão, as condições e o estado da estrutura. O seu diagnóstico encontra-se condicionado a procedimentos técnicos, a recursos e instrumentos especializados, como: o ultrassom, que detecta fissuras estruturais; a espectrometria, que realiza diagnóstico através de análise da natureza de partículas presentes no lubrificante; a ferrografia, que quantifica o desgaste através de analises minucioso; a Manutenção Preventiva Condicionada recorre, ainda, a outros indicadores e meios de diagnóstico precoce, como: aquecimento, velocidade, ruído, desgaste, folga, desbalanceamento, desalinhamento, desregulagem e outros.

S.E.S.
Fls: 1521
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1532

Sistema de Gestão dos Serviços de Manutenção Predial

A durabilidade de uma edificação hospitalar não depende apenas da qualidade dos materiais empregados em sua construção. É necessário garantir o uso adequado dos sistemas prediais, executar as ações de manutenção em conformidade e planejamento e tomar as ações de manutenção corretiva sempre que necessário.

Estas ações devem ser percebidas como investimento no patrimônio público.

Visando fornecer subsídios para o planejamento e execução das ações dos serviços de manutenção, apresentamos a-seguir as Fichas de Referência para os sistemas críticos, contendo as seguintes informações:

- Descrição do sistema;
- Cuidados de uso;
- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva – critérios de inspeção.

Consideram-se os seguintes serviços críticos:

- Instalações Hidrossanitárias;
- Instalações Elétricas;
- Revestimento de Paredes e Tetos;
- Revestimento Cerâmico e Rejunte;
- Revestimento de Pedras Naturais;
- Piso Cimentado e Pisos Acabados em Concreto;
- Pintura Interna e Externa;
- Esquadrias;
- Forros;
- Divisórias;
- Impermeabilização;
- Coberturas;
- Sistemas de Condicionamento de Ar.

É importante ressaltar que as recomendações contidas nas fichas apresentadas a seguir, devem ser avaliadas quanto à sua pertinência para o prédio em questão, devendo-se fazer as adaptações necessárias, principalmente no que se refere à periodicidade das manutenções preventivas.

Instalações Hidrossanitárias

Descrição do Sistema: As Instalações Hidrossanitárias são constituídas pelas seguintes partes:

Água Fria e Água Quente:

- Pontos de água (fria e quente): pontos que alimentam os lavatórios, os vasos sanitários, os chuveiros, as pias, os tanques e as máquinas de lavar Tubulação de sucção: entre o ponto de tomada no reservatório inferior e a entrada da bomba. Tubulação de recalque: leva água do reservatório inferior para o reservatório superior;
- Barrilete: conjunto de tubulações de saída do reservatório superior que alimentam as colunas de distribuição (prumadas);
- Prumadas de água (fria): são constituídas por tubulações principais que trazem a água do reservatório superior;
- Ramais e sub-ramais de distribuição de água (fria e quente): alimentadores dos diversos pontos, nos cômodos apropriados;
- Aquecedores: podem ser individuais ou centrais, de passagem ou por acumulação;
- Para estes equipamentos, seguir recomendações específicas dos fabricantes.

Registros:

- Registros de pressão: válvulas de pequeno porte, instaladas em sub-ramais ou em pontos de utilização, destinadas à regulagem da vazão de água ou fechamento;
- Registros de gaveta: válvulas de fecho para a instalação hidráulica predial, destinadas à interrupção eventual de passagem de água para reparos na rede ou ramal.

Esgoto:

- Pontos de esgoto: pontos por onde são liberadas as águas servidas de lavatórios, vasos sanitários, tanques etc, além dos ralos secos e sifonados;

S.E.S. Fls: 1522 Rubrica

- Tubulação de esgoto: dividida em ramais de descarga, ramais de esgoto, tubos de queda, sub coletores e coletores;
- Tubulação de ventilação: possibilita o escoamento dos gases emanados do coletor público.

TCE 1533

Ralos e sifões:

- Ralos: devem possuir grelhas de proteção para evitar que detritos maiores caiam em seu interior, ocasionando entupimento;
- Ralos sifonados e sifões: possuem "fecho hídrico", que consiste numa pequena cortina de água, que evita o retorno do mau cheiro.

Águas pluviais:

- Águas de chuvas ou de lavagem: São normalmente coletadas pelas redes pluviais;
- Sistema de águas pluviais: tem a função de recolher e dispor adequadamente as águas pluviais. Composto por calhas e condutores horizontais e verticais.

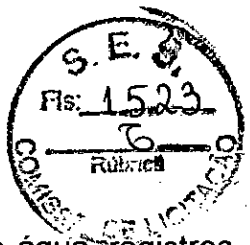
Sistemas hidráulicos de combate a incêndio:

- Constituídos por reserva de água específica, tubulação de incêndio, hidrantes, mangotinhos e sprinklers. Os sistemas hidráulicos de combate a incêndios trabalham com pressões e vazões mínimas superiores às de uma instalação predial convencional. Na maioria das vezes deve ser utilizado um sistema de bombas de incêndio para recalcar a água com pressão suficiente para produzir a vazão requerida ou, simplesmente, reforçar a pressão natural existente.

Cuidados de Uso

- Não lançar objetos nos vasos sanitários e ralos que possam causar entupimento, tais como: absorventes higiênicos, folhas de papel, cotonetes, cabelos, fio dental, etc.

- Não jogar gordura ou resíduo sólido nas pias e nos lavatórios. Jogá-los no lixo.
- Não subir ou se apoiar nas louças e bancadas, pois podem se soltar ou quebrar, causando ferimentos graves. Não permitir sobrecarga sobre as bancadas.
- Não utilizar hastes, ácidos ou similares para desobstrução do esgoto.
- Banheiros, cozinhas e áreas de serviço sem utilização por longos períodos podem ocasionar mau cheiro, em função da ausência de água nos ralos e sifões. Para eliminar este problema, basta adicionar uma pequena quantidade de óleo de cozinha para a formação de uma película, evitando-se assim a evaporação.
- Durante longos períodos sem utilização de áreas molhadas, manter os registros de gaveta fechados.
- Não apertar em demasia os registros, torneiras e misturadores.
- Ao instalar filtros e torneiras não os atarraxar com excesso de força, pois pode danificar a saída da tubulação, provocando vazamentos.
- Não retirar elementos de apoio de peças de utilização ou bancadas (mão francesa, coluna do tanque, etc.).
- Manter desobstruído o extravasor (ladrão).
- Manter o ralo e seu entorno livre de detritos ou qualquer material que possa causar entupimento.
- Limpar os metais sanitários, ralos das pias e lavatórios, louças e cubas de aço inox em pias, com água e sabão neutro e pano macio. Nunca com esponja ou palha de aço e produtos abrasivos.
- O sistema de combate a incêndio não pode ser modificado e a água de reserva deve ser mantida.
- Manter instalações de incêndio sinalizadas.
- Nunca utilizar a mangueira do hidrante para qualquer outro uso que não seja combate a incêndio.
- Manter livre o acesso a hidrantes e extintores.
- Não utilizar a caixa de incêndio para depósito de materiais, mesmo que temporariamente.



Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Realizar uma verificação visual dos pontos de saída de água, registros, válvulas, pontos de coleta de esgoto, ralos, etc., após a conclusão dos reparos.
- Verificar se os materiais utilizados nos reparos atendem às normas de referência (indicação nas peças) e se são compatíveis com os materiais já instalados.
- Verificar o correto funcionamento de registros e válvulas, após a conclusão da instalação de água fria. Para verificar o registro de gaveta, fechá-lo e abrir uma torneira. Um leve escoamento de água é aceitável nestes casos.
- Em caso de reparos em tubulações de água, solicitar que sejam realizados testes de pressão. Verificar se existem vazamentos, utilizando água sob pressão 50% superior à pressão estática máxima da instalação durante pelo menos 6 horas. Aguardar 1h para cada metro de coluna d´água antes de submeter à tubulação à pressão. Caso se faça teste de pressão, aguardar 12h.
- Verificar inclinações mínimas dos tubos de esgoto: 1% para DN 100 e 2% para DN 75.
- Verificar diâmetro mínimo dos tubos de esgoto:
- Ramal de descarga de esgoto secundário: DN 40
- Ramal de descarga que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Tubo de queda que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Coletor Predial: DN 100
- Cortes em tubos devem sempre ser executados perpendicularmente ao eixo da peça.
- Tubos cortados fora de esquadro podem originar vazamentos.
- Verificar inclinação mínima das calhas: 0,5%.

Instalações Elétricas

Descrição do Sistema:

Uma instalação elétrica é constituída por diversos elementos, tais como componentes elétricos, circuitos e quadro elétrico de distribuição, conforme descrito a seguir.

Componentes Elétricos:

- Tomadas de uso geral: para ligação de aparelhos de utilização móveis ou portáteis;
- Tomadas de uso específico: para ligação de equipamentos fixos e estacionários;
- Pontos de iluminação: para ligação de lâmpadas e luminárias;
- Interruptores: para acionamento dos pontos de iluminação;
- Quadro de distribuição (QD): recebe a energia do medidor e distribui para os diversos circuitos. Neles se encontram os dispositivos de proteção (disjuntores).

Condutores Elétricos:

- Tem a função de transportar energia elétrica necessária ao bom funcionamento de todos os equipamentos. São feitos comumente de cobre ou de alumínio, com isolamento de PVC.

Eletroduto:

- Tem função de proteger os condutores contra as ações mecânicas e corrosão. Tem também a função de proteger contra perigos de incêndio, resultante de superaquecimento de condutores. Podem ser tubos de metal ou de PVC, rígidos ou flexíveis.

Circuito:

É um conjunto de tomadas de uso geral e específico, pontos de energia, pontos de iluminação e interruptores, cuja fiação se encontra interligada.

Quadro Elétrico:

- É composto por disjuntor geral com chave seccionadora ou dispositiva diferencial residual (DR), que desliga todos os circuitos, e por diversos disjuntores secundários, que desligam os seus respectivos circuitos. Esse disjuntor diferencial tem ainda a função de segurança de todos os circuitos elétricos contra as correntes de fuga provocadas por aparelhos eletrodomésticos ou instalação elétrica em más condições de conservação.

S.E.S.
Fls: 1524
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas (SPDA):

- É constituído pelos seguintes elementos: captores (para-raios, terminais), condutores de interligação ou descida, sistema de aterramento (hastes, cabos).

TCE 1535

Sistema de Aterramento:

- Parte da instalação elétrica que visa proteger as edificações e as pessoas contra descargas atmosféricas e cargas eletrostáticas, por meio de ligação a terra. Constituído por condutor de proteção e eletrodo de aterramento (quando em barras rígidas, é chamado de haste de aterramento).

Cuidados de Uso

- Em caso de sobrecarga momentânea, o disjuntor do circuito atingido se desligará automaticamente. Neste caso, bastará religá-lo e tudo voltará ao normal. Caso ele volte a desligar, é sinal de que há sobrecarga contínua ou que está ocorrendo um curto em algum aparelho ou no próprio circuito. Neste caso, é preciso solicitar os serviços de um profissional habilitado.
- Sempre que for fazer manutenção, limpeza, reaperto nas instalações elétricas ou mesmo uma simples troca de lâmpadas, desligue o disjuntor correspondente ao circuito ou, na dúvida, o disjuntor geral.
- Em caso de necessidade de corte de energia, sobretudo havendo dúvida sobre o disjuntor específico, desligar o disjuntor geral ou disjuntor diferencial residual (DR).
- Ao adquirir aparelhos elétricos, verifique se o local escolhido para a sua colocação é provido de instalação elétrica adequada para o seu funcionamento nas condições especificadas pelos fabricantes.
- Utilizar proteção individual (ex: estabilizadores, filtros de linha e etc.) para equipamentos mais sensíveis (como computadores, central de telefone, etc.).
- As instalações de equipamentos, lustres ou similares deverão ser executadas por técnico habilitado, observando-se em especial o aterramento, tensão (voltagem), bitola e qualidade dos fios, isolamentos, tomadas e plug's a serem empregados.

- Em instalações aparentes, os eletrodutos rígidos devem ser fixados de modo a constituírem um sistema de boa aparência e firmeza.
- Não abrir furos em paredes próximas ao quadro de distribuição.
- Não utilizar "benjamins" ou extensões com várias tomadas, pois eles provocam sobrecargas.
- Nunca ligar aparelhos diretamente nos quadros de luz.
- Não ligar aparelhos com voltagem diferente das tomadas.
- Quaisquer serviços nos sistemas elétricos devem ser realizados por profissionais habilitados.
- Efetuar limpeza nas partes externas das instalações somente com pano seco.
- Em caso de incêndio, desligar o disjuntor geral do quadro distribuição.
- Quando a edificação estiver sem uso, recomenda-se desligar a chave geral (disjuntor geral) no quadro de distribuição.
- Só instalar lâmpadas compatíveis com a tensão do projeto.
- Evitar contato dos componentes dos sistemas com água.
- Identificar a tensão das tomadas diferentes do padrão da edificação. (Ex: identificar tomadas em 220 v quando o padrão geral for 127 v).

Manutenção Preventiva, Periodicidade /Recomendações gerais:

- É de responsabilidade de contratantes e contratados cumprir a NR-10 – Segurança em Instalações e Serviços de Eletricidade;
- A manutenção deve ser executada com os circuitos desenergizados (disjuntores desligados);
- Permitir somente que profissionais habilitados tenham acesso às instalações e equipamentos;
- Sempre que for executada manutenção nas instalações, como troca de lâmpadas, limpeza e reabertos dos componentes, desligar os disjuntores correspondentes.

S. E. S
Fls: 1585
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Revestimentos de Paredes e Tetos

Descrição do Sistema

Revestimento em Argamassa /Gesso

- São revestimentos utilizados para regularizar a superfície dos elementos de vedação e estruturais, servindo de base para receber outros acabamentos ou pintura. Auxiliam na proteção dos elementos de vedação e estruturais contra a ação direta de agentes agressivos.

TCE 1536

Cuidados de Uso

- Antes de realizar quaisquer furos em paredes, verificar a posição das instalações hidráulicas, elétricas e impermeabilização.
- Para melhor fixação de objetos nas paredes e tetos, utilizar parafusos com buchas apropriadas ao revestimento. Evitar o uso de pregos para não danificar o acabamento.
- Evitar o choque causado por batida de portas.
- Não lavar as paredes e tetos com água e produtos abrasivos (ex: cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático).

Manutenção Preventiva Periodicidade

- Não há ações específicas para manutenção preventiva dos revestimentos de paredes. Deve-se, no entanto, executar inspeções periódicas e corrigir eventuais patologias (fissuras, trincas, umidade, etc.) que sejam identificadas. Repintar paredes e tetos. A cada três anos

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar visualmente o aspecto final do revestimento, incluindo textura adequada à aplicação do acabamento final (pintura, textura ou cerâmica).
- Quando executado grandes reparos em paredes perpendiculares, verificar o esquadro entre as paredes com esquadro de alumínio.
- Verificar a planeza do revestimento utilizando uma régua de alumínio (tolerância: ± 3 mm). Verificar a regularidade dos cantos, também com o apoio de uma régua de alumínio.

Revestimento Cerâmico e Rejuntes

Descrição do Sistema

Azulejo / Cerâmica / Porcelanato

- Utilizados em revestimento de paredes e pisos para dar acabamento em áreas úmidas como cozinhas, banheiros, lavabos e áreas de serviço, protegendo estes ambientes e aumentando o desempenho contra umidade e infiltração de água.
- Facilitam também a limpeza e tornam o ambiente mais higiênico, além de possuírem uma função decorativa. Devem ser assentados com argamassa colante.
- Podem ser classificados por vários critérios, entre eles o desgaste da superfície esmaltada (PEI), dureza e outros.

Argamassa colante

- Produto industrial, no estado seco, composto de cimento Portland, agregados minerais e aditivos químicos, que, quando misturado com água, forma uma massa viscosa, plástica e aderente, empregada no assentamento de placas cerâmicas para revestimento.

Rejuntes

- Tratamento dado às juntas de assentamento dos materiais cerâmicos e pedras naturais para garantir a estanqueidade e o acabamento final dos revestimentos.
- Os rejuntes também têm a função de absorver pequenas deformações, por isso, existe um tipo específico de rejuntamento para cada local e tipo de revestimento.
- São utilizados no preenchimento das juntas de revestimentos cerâmicos em pisos e paredes, tanto internos (a) quanto externamente. Também são utilizados em pedras naturais, pastilhas de porcelana e pastilhas de vidro.

S. E. S.
Fls: 1526
Rubrica
TCE 1537

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça, devem-se consultar os projetos de instalações para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Para fixação de móveis ou acessórios, utilizar somente parafusos com buchas especiais, evitando impacto nos revestimentos que possam causar fissuras.
- Utilizar sabão neutro para lavagem. Não utilizar produtos químicos corrosivos tais como cloro líquido, soda cáustica ou ácida muriático.
- O uso de produtos ácidos e alcalinos pode causar problemas de ataque químico nas placas cerâmicas e nos rejuntes.
- Na limpeza, tomar cuidado com o encontro de paredes e tetos em gesso.
- Não utilizar bomba de pressurização de água na lavagem, bem como vassouras de piaçava ou escovas com cerdas duras, pois podem danificar o rejuntamento.
- Evitar bater com peças pontiagudas, que podem causar lascamento nas placas cerâmicas.
- Cuidado no transporte de eletrodomésticos, móveis e materiais pesados. Não arrastá-los sobre o piso, a fim de evitar riscos, desgastes e/ou lascamentos.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não usar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza de cantos difíceis.
- Usar escova apropriada.
- Não raspar com espátulas metálicas. Usar, quando necessário, espátulas de PVC.
- Não utilizar palhas ou esponjas de aço na limpeza.
- Em áreas muito úmidas como banheiros, deixar sempre o ambiente ventilado para evitar fungo ou bolor nos rejuntes.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar na embalagem se as características dos produtos (cerâmicas, argamassas colantes, rejuntes) atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não devem haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

Revestimento em Pedras Naturais

Descrição do Sistema

Pedras naturais são mármores, granitos, ardósias, etc. São utilizadas em revestimento de pisos e paredes, internas e externamente. Além de ser elemento decorativo, podem evitar a passagem de água, presença de umidade e diminuir a propagação do som. São utilizadas também em tampos de pia e balcões.

As pedras são extraídas de jazidas naturais e podem ou não receber acabamento. Características como a dureza dependerão do tipo de cada pedra. As diferenças de tonalidade e desenho também são características destes tipos de revestimento.

As peças poderão ser assentadas sobre argamassa, com aplicação de argamassa colante ou utilização de peças metálicas, estas mais usuais em fachadas.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça devem-se consultar os projetos de instalações, para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Não usar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.

- Utilizar sabão neutro próprio para lavagem de pedras. Não utilizar produtos corrosivos que contenham em sua composição produtos químicos, tais como, cloro líquido, soda cáustica ou ácida muriático.
- Nos procedimentos diários de limpeza de pedras polidas, sempre procurar remover primeiro o pó ou partículas sólidas com um pano macio ou escova de pelo nos tampos de pias e balcões. Nos pisos e escadarias, remover com vassoura de pelo ou mop pó, sem aplicar pressão excessiva para evitar riscos e desgastes precoces devido ao atrito. Em seguida, aplicar um pano ou mop líquido (sempre bem torcidos, sem excesso de água) com água ou solução diluída de detergente neutro para pedras. Por fim, aplicar um pano macio de algodão para secar a superfície. Evitar a lavagem de pedras para que não surjam manchas e eflorescências e, quando necessário, utilizar detergente específico.
- Nunca tentar remover manchas com produtos genéricos de limpeza ou com soluções caseiras. Sempre que houver algum problema, procurar consultar empresas especializadas, pois muitas vezes a aplicação de produtos inadequados em manchas pode, além de danificar a pedra, tornar as manchas permanentes.
- No caso de pedras naturais utilizadas em ambientes externos, em dias de chuva poderá ocorrer acúmulo localizado de água, em função das características das pedras utilizadas. Se necessário, remover a água com auxílio de rodo.
- Sempre que possível, utilizar capachos ou tapetes nas entradas, para evitar o volume de partículas sólidas sobre o piso.
- Utilizar protetores de feltros e / ou mantas de borracha nos pés dos móveis.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não arrastá-los sobre o piso.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.

- Não deixar cair sobre a superfície graxa, óleo, massa de vidro e tinta. Caso isto ocorra, limpar imediatamente.
- Sempre que produtos causadores de mancha (café, refrigerante, alimentos, etc.) cair sobre a superfície, procurar limpá-la com pano absorvente ou papel toalha.
- Em áreas muito úmidas, manter o ambiente ventilado para evitar o aparecimento de mofo (bolor).

Manutenção Preventiva Periodicidade

Em caso de reforma, cuidado para não danificar a camada impermeabilizante, quando houver.

No caso de fixação das pedras com elementos metálicos, não remover nenhum suporte e no caso de substituição contatar uma empresa especializada.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Para a recolocação de peças, atentar para o uso correto da argamassa colante para cada tipo de pedra e ambiente (interno e externo).
- Verificar na embalagem se as características das argamassas colantes atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não deve haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

Pisos Cimentados e Acabados em Concreto

Descrição do Sistema:

São argamassas ou concreto, especificamente preparados, destinados a regularizar e dar acabamento final a pisos e lajes ou servir de base para assentamento de revestimentos como cerâmicas, pedras, carpete, pisos laminados e outros.

S. E. S
Fls: 1528
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1539

Cuidados de Uso

- Não utilizar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Não deixar cair óleos, graxas, solventes e produtos químicos (ácidos etc.).
- Em caso de danos, principalmente em garagens ou áreas externas, proceder à imediata recuperação do piso cimentado sob risco de aumento gradual da área danificada.
- Quando especificado para receber um determinado tipo de revestimento, este deve ser colocado, o mais rápido possível, para evitar danos.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não arrastá-los sobre o piso.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos cantos de difícil acesso.
- Na limpeza, não raspar com espátulas metálicas. Utilizar, quando necessário, espátula de PVC.
- Promover o uso adequado e evitar sobrecargas, conforme definido nos projetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo.
- Verificar o caimento do contra piso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso.
- Verificar visualmente o acabamento da superfície.
- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha.
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m.

Pintura (Interna e Externa)

Descrição do Sistema

- As pinturas proporcionam proteção às edificações como material de acabamento final, possibilitando uniformidade da superfície, proteção de elementos estruturais, tais como, reboco, gesso, madeira, etc., bem como conforto e beleza pela utilização de cores. A pintura é composta de fundos, massas, tintas, textura e, por fim, acabamento, conforme descrição a seguir.
- Tintas de fundo – parede Selador PVA: recomendado para reduzir e uniformizar a absorção de superfícies internas porosas, sem pintura, como reboco, concreto, tijolo, gesso, massas niveladoras.
- Preparador de paredes: recomendado para uniformizar ou reduzir a absorção de superfícies porosas como o gesso, tijolo aparente, telha cerâmica, concreto e pedras; bem como aumentar a coesão de superfícies friáveis e sem resistência mecânica como rebocos de baixa resistência mecânica e superfícies de caiação.
- Massas de regularização da superfície – parede Massa corrida (PVA): indicada para paredes internas, nivelando e corrigindo imperfeições. Aplicada com desempenadeira de aço, em camadas finas e sucessivas.
- Massa acrílica: é um produto indicado para corrigir, alisar e uniformizar superfícies de concreto e argamassa, em ambientes externos e internos, proporcionando um acabamento liso.
- Tintas de acabamento – parede Tinta látex PVA: tinta à base de água, de alta qualidade, torna-se mais econômica, porque contêm mais sólidos e menos líquido, possuindo assim, maior poder de cobertura e durabilidade. Aplicáveis em superfícies internas. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.
- Tinta acrílica: tinta à base de resina acrílica e pigmentos de alta qualidade, sendo solúvel em água. Apresenta secagem rápida, odor suave, cores vivas, firmes e resistentes à luz. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.

S. E. S.
Fls: 1529
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1540

Tintas de fundo – madeira

- Fundo fosco ou Fundo sintético nivelador (branco): melhora o rendimento e a qualidade dos esmaltes, proporcionando ótimo poder de enchimento e fácil lixamento. Uso interno e externo. Sua diluição é feita com aguarrás. Aplicado com pincel ou rolo de espuma.
- Seladora para madeiras (incolor): melhora o rendimento e a qualidade do acabamento dos vernizes, proporcionando ótimo poder de enchimento e maior maciez no lixamento. Utilizado em local interno.

Massa de regularização – madeira

- Massa a óleo para madeira: indicada para nivelar e corrigir imperfeições de superfícies externas e internas de madeira. Seu alto poder de enchimento esconde os veios da madeira. Para diluir, adicionar a aguarrás. Sua aplicação é feita com espátula e desempenadeira. Não deve ser aplicada diretamente sobre a madeira. É necessária a preparação da superfície usando o fundo preparador para madeira.

Tinta de acabamento – madeira

- Esmalte acetinado: é ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira. Além de fácil aplicação, ele também resiste às agressões do tempo.
- Esmalte brilhante: garante um resultado mais duradouro contra agressões do tempo. É ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira.
- Esmalte fosco: ideal para pintura de quadros escolares (lousas) e superfícies internas e externas de madeira e metais.
- Tinta a óleo: usado em superfícies externas e internas de madeira e metais. Sua diluição é com aguarrás.

Tinta de acabamento – madeira

- Verniz Copal: é fácil de aplicar e não altera a cor original da madeira. Serve como acabamento para uso interno e externo da madeira.

- Verniz marítimo: sua fina camada transparente protege o aspecto natural dá madeira e proporciona um bom acabamento. Serve para uso interno e externo.
- Verniz tingidor: enverniza e altera a tonalidade de superfícies novas de madeira, recupera as madeiras que sofreram desbotamento pela ação do tempo e protege contra a ação do sol, chuva, maresia e poluição. Tinge a madeira, sem deixar de valorizar os seus veios naturais.

Outros produtos

- Aguarrás: indicado para a diluição de esmalte sintético, tinta a óleo, vernizes e para limpeza de equipamentos de pintura.
- Removedores: são produtos químicos destinados à remoção de tinta seca, para preparação de uma nova superfície a ser pintada.

Cuidados de Uso

- Evitar atrito nas superfícies pintadas, pois a abrasão pode remover a tinta, deixando manchas.
- Evitar pancadas que marquem ou trinquem a superfície.
- Evitar contato de produtos químicos de limpeza, principalmente produtos ácidos.
- Em caso de necessidade de limpeza, jamais utilizar esponjas ásperas, buchas, palha de aço, lixas e máquinas com jato de pressão.
- Evitar o contato com pontas de lápis ou canetas.
- Não utilizar álcool para limpeza de áreas pintadas.
- Nas áreas internas com pintura, evitar a exposição prolongada ao sol, utilizando cortinas nas janelas.
- Para remoção de poeira, manchas ou sujeiras em paredes e tetos, devem-se utilizar espanadores, flanelas secas ou levemente umedecidas com água e sabão neutro. Deve-se tomar o cuidado de não exercer pressão demais na superfície.
- Em caso de manchas de gordura, limpar com água e sabão neutro imediatamente.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo.
- Verificar o caimento do contra piso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso.
- Verificar visualmente o acabamento da superfície.
- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha.
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m.

Recomendações gerais para execução de pinturas:

- Em caso de necessidade de retoque, deve-se repintar todo o pano da parede (de quina a quina), para evitar diferenças de tonalidade entre a tinta velha e a nova numa mesma parede;
- Rebocos novos devem ter sido executados há, pelo menos, 28 dias;
- Evitar realizar pintura em dias com muita umidade sujeitos a chuva;
- Partes soltas ou mal aderidas devem ser eliminadas, raspando, lixando ou escovando a superfície;
- Imperfeições profundas do reboco/cimentado devem ser corrigidas com argamassa;
- Imperfeições rasas das superfícies devem ser corrigidas com Massa Acrílica (reboco externo e interno) ou Massa Corrida (reboco interno);
- Antes de iniciar a pintura: forrar o chão, retirar os espelhos dos interruptores e proteger rodapés e esquadrias;
- Antes de executar a pintura de paredes e tetos, proteger as esquadrias de alumínio com fitas adesivas de PVC. As fitas tipo crepe costumam manchar as esquadrias quando em contato prolongado;
- Remover a fita adesiva imediatamente após o uso;

- Verificar visualmente se foram removidas as sujeiras, incrustações, partes soltas ou mal aderidas, etc., antes da pintura;
- Verificar se os produtos foram aplicados na sequência correta e com número correto de demãos;
- Verificar se a pintura de acabamento está com brilho, textura e cor uniformes e sem marcas de pincéis, falhas, emendas, escorrimentos e enrugamentos;
- Verificar se as superfícies adjacentes às destinadas à pintura estão limpas, sem sinais de salpicos e escorridos e se a pintura fresca está protegida contra incidência de poeira e água;
- Verificar se as ferramentas foram deixadas limpas.

Esquadrias

Descrição do Sistema:

Elementos de fechamento de vãos das edificações, que fornecem segurança, permitem a passagem de pessoas, iluminação e ventilação.

Uma boa esquadria deve atender requisitos de durabilidade ao ar e a água, além de apresentar facilidade de manuseio, sem exigir esforço do usuário nas operações de abrir e fechar.

As esquadrias também abrangem corrimão, guarda-corpo, batente e outros elementos arquitetônicos.

As esquadrias podem ser confeccionadas dos seguintes materiais:

- Madeira: pintada ou natural;
- Alumínio: anodizado ou pintado;
- Aço: chapa dobrada ou de perfilados;
- Sintéticos: PVC;
- Vidro: autoportantes;
- Outros.

A seguir, seguem classificações das esquadrias, quanto à forma de funcionamento:

- Charneira ("de abrir"): porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical na borda da folha, como a maioria das portas;

TCE 1542

S. E. S.
fls: 1531
Rubrica
DE LICITAÇÃO

- Pivotante: porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical, através de pivôs, passando por um ponto entre as bordas da folha (muito comum nas portas de vidro temperado);
- Basculante: janela com movimento de rotação sobre o eixo horizontal (muito comum em janelas de sanitários). Proporcionam ventilação ao ambiente limitando / impedindo o acesso de água da chuva;
- Guilhotina: janela com movimento de translação na direção vertical. Deve-se ter especial atenção com o dispositivo de fixação da parte móvel;
- De correr: porta ou janela com movimento de translação na direção horizontal. Não interferem nas áreas externas ou internas, permitindo, no caso de janelas, o uso de telas, persianas ou cortinas. Oferecem a possibilidade de regulagem da abertura das folhas, propiciando maior conforto na aeração do ambiente.

Cuidados de Uso

- As janelas devem correr suavemente, não devendo ser forçadas.
- Não arrastar objetos através dos vãos de janelas e portas maiores que o previsto, pois podem danificar seriamente as esquadrias.
- Providenciar batedores de porta a fim de não prejudicar as paredes e maçanetas.
- Manter as portas permanentemente fechadas ou travadas, evitando assim o seu empenamento ou danos devidos às rajadas de vento.
- Em caso de ventos fortes, manter fechados ou travados os basculantes evitando que os mesmos se fechem bruscamente, o que pode quebrar os vidros e danificar os caixilhos.
- Não usar detergentes com saponáceos, esponjas de aço ou qualquer outro material abrasivo.
- Não usar produtos ácidos ou alcalinos. Sua aplicação poderá causar manchas na pintura.

- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos "cantinhos" de difícil acesso. Essa operação poderá ser feita com o auxílio de pincel.
- Não utilizar vaselina, removedor, thinner ou qualquer outro produto derivado do petróleo, pois além de ressecar plásticos e borrachas, fazendo com que percam sua função de vedação, estes produtos possuem componentes que vão atrair partículas de poeira que agirão como abrasivo, reduzindo em muito a vida útil do acabamento superficial.
- Não remover as massas de vedação.
- As esquadrias de alumínio modernas são fabricadas com acessórios articuláveis (braços, fechos e dobradiças) e deslizantes (roldanas e rolamentos) de nylon, que não exigem nenhum tipo de lubrificação. Suas partes móveis, eixos e pinos são envolvidos por uma camada de material auto lubrificante, de grande resistência ao atrito e às intempéries.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar se as folhas da janela possuem gaxetas – peças de vedação em borracha – ou escovas fixadas ao longo de todo o perímetro das folhas.
- Pressionar a janela fechada, de dentro para fora. A pressão não deve provocar abertura alguma entre as gaxetas. Para que a janela seja totalmente estanque é indispensável que todas as gaxetas permaneçam comprimidas quando as folhas estiverem fechadas. Procedimento de avaliação: colocar uma folha de papel (de preferência celofane) entre as folhas de abrir e a fixa. Depois é só fechar e puxar o papel. Se ele não sair, a vedação está boa.
- Verificar se o trinco está firme e se ele fecha sem sofrer ou causar deformações.
- Verificar a existência de pequenos rasgos ou furos nos trilhos inferiores, que permitam o escoamento da água de chuva.
- Verificar se as peças estão perfeitamente parafusadas.
- Verificar se os parafusos estão íntegros, sem pontos de ferrugem.

S. E. S.
Fls: 1532
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

- Verificar se os vidros estão bem fixados e em tamanho adequado à folha da esquadria.
- Verificar se a pintura ou anodização está homogênea, sem riscos nem amassamentos.

Forros

Descrição do Sistema:

Revestimento interno aplicado no teto das construções. Contribuem para a estética e para o conforto do usuário. São executados após finalização dos revestimentos verticais e das instalações a serem embutidas.

Os forros são normalmente compostos por um fixador (que o prende ao teto), uma porta painel e um painel. Os painéis podem ser de diversos materiais, como:

- Madeira;
- PVC (em placas removíveis ou lâminas);
- Gesso (em placas e acartonado);
- Fibra mineral;
- Isopor;
- Lã de vidro;
- Metal.

Os forros com painéis removíveis (PVC, fibra, isopor, etc.) têm a vantagem de facilitar o acesso às instalações embutidas para execução de reparos ou modificações.

Cuidados de Uso:

Forros de Madeira

- Fazer a impermeabilização da madeira para evitar possíveis problemas como: rachaduras e presença de fungos.
- Água proveniente de vazamento ou de vapor gerado nos banheiros e cozinhas pode comprometer a durabilidade do forro. Uma ventilação adequada pode evitar problema de menor intensidade.
- A limpeza pode ser feita com o uso de pano seco ou por aspiração mecânica.

Forros de PVC

- É necessário ter cuidado com a instalação de luminárias, pois os forros podem sofrer deformações ou manchas devido ao excesso de calor.
- De preferência, as luminárias devem estar fixadas na estrutura de apoio e não nas placas de PVC.
- As lâminas utilizadas nesta estrutura devem ter tons pastel: branco, bege ou cinza claro. Outras tonalidades estão sujeitas a manchas.
- Para limpeza, utilizar um pano embebido em detergente ou sabão neutro e água.
- Não forçar o forro para evitar danos ao mesmo.

Forros de Gesso

- Não lavar o forro com água e produtos abrasivos.
- Não fixar suportes para pendurar vasos ou quaisquer outros objetos, pois o forro não é dimensionado para suportar pesos.
- Evitar impactos no forro que possam danificá-los.
- Manter os ambientes ventilados, evitando o aparecimento de bolor nos tetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a adequada fixação das peças do forro.
- Verificar o nivelamento do forro.
- Verificar visualmente a homogeneidade do forro de gesso, o acabamento do rejunte e se não há presença de marcas das emendas em relevo.

Divisórias

Descrição do Sistema:

Elementos, normalmente de pequena espessura quando comparado com as paredes de alvenaria, que permitem a divisão de ambientes. A rapidez na instalação e a possibilidade de montar e desmontar facilitam modificações de layout.

São normalmente compostas por:

- Perfis metálicos: ficam fixados nas paredes, pisos e tetos, e dão suporte aos painéis;

TCE 1544

S.E.S. Fls: 1533 Pública

- Painéis: podem ser encontrados em diversos materiais, sendo mais comuns os painéis de gesso acartonado e chapas de madeira reconstituída ("chapa dura", tipo Eucatex), revestidas com laminado melamínico. Há ainda painéis em madeira revestida por placas cimentícias que possuem maior resistência a impactos e aos esforços mecânicos;
- Enchimentos: normalmente em fibras de vidro ou lã de rocha, visam melhorar o isolamento termoacústico;
- Vidros e acessórios.

Cuidados de Uso

- Evitar choques e sobrecargas. Não forçar as divisórias.
- Limpar com pano macio seco ou levemente umedecido. Nunca molhar as divisórias.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

A manutenção corretiva das divisórias deve ser realizada sempre com os mesmos materiais das divisórias originais. O sistema de gesso acartonado possui arremates, acessórios e parafusos próprios do sistema. Não improvisar. Atentar para a cor do acabamento das chapas e dos perfis.

- Verificar estabilidade dos painéis e fixação dos vidros, após a instalação das divisórias.
- Verificar prumo das divisórias com auxílio de uma régua de prumo.
- Verificar visualmente o acabamento das chapas e das emendas das divisórias de gesso acartonado.

Impermeabilização

Descrição do Sistema:

É o tratamento dado em partes e/ou componentes da construção para garantir estanqueidade e impedir a infiltração de água e vapor. Existem vários tipos de materiais empregados nas impermeabilizações, tais como mantas pré-fabricadas, membranas asfálticas, argamassas poliméricas, resinas acrílicas termoplásticas, membranas acrílicas, etc.

A seguir, estão conceituados alguns tipos de impermeabilização, classificados em impermeabilização rígida e flexível, conforme NBR 9575 – Seleção e Projeto.

- Sistema Rígido: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas não sujeitas a fissuração, devido a variações térmicas diferenciadas, grandes vibrações, exposição solar, tais como reservatórios de água enterrados e subsolos.
- Argamassa impermeável com aditivo hidrófugo: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de areia, cimento, aditivo hidrófugo e água, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Argamassa modificada com polímero: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Argamassa polimérica: tipo de impermeabilização industrializada aplicada em substrato de concreto e alvenaria, constituída de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Sistema Flexível: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas sujeitas à fissuração, devido a variações térmicas, grandes vibrações, exposição solar, tais como, lajes (maciças, mistas ou pré-moldada), espelhos d´água, calhas de grandes dimensões, jardineiras e floreiras, pisos frios (banheiros, cozinhas, áreas de serviço).
- Membrana de asfalto modificado: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo o asfalto modificado um produto sólido de cor entre preta e marrom escura, obtido pela modificação do cimento asfáltico de petróleo com polímeros, que se funde gradualmente pelo calor, de modo a se obter determinadas características físico-químicas.

S. E. S.
Fls: 1534
Rubrica

- Membrana de emulsão asfáltica: produtos impermeabilizantes moldados no local, com ou sem estruturante, sendo a emulsão asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em água, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.).
- Membrana de solução asfáltica: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo a solução asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em solvente especial, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.).
- Manta asfáltica: produto impermeável, pré-fabricado, estruturado, obtido por calandragem, extensão ou outros processo, com características definidas. Este produto pode ser aplicado em áreas maiores, sujeitas a tráfego e grandes movimentações (estacionamentos, coberturas, piscinas, terraços, etc.).

Cuidados de Uso

- Evitar acúmulo de água nos pisos, se necessário lavar, remover excesso de água com rodo.
- Evitar plantas com raízes agressivas que possam danificar a impermeabilização ou obstruir os drenos de escoamento.
- Manter o nível de terra em jardineiras no mínimo 10 cm abaixo da borda, para evitar infiltrações indesejáveis.
- Não permitir a fixação de antenas, postes de iluminação ou outros equipamentos sobre lajes impermeabilizadas através da utilização de buchas, parafusos ou chumbadores. Sugere-se a utilização de base de concreto sobre a camada de proteção da impermeabilização, sem removê-la ou danificá-la.
- Não fixar pregos ou parafusos e buchas, nem chumbadores nos revestimentos das platibandas, rufos, muros e paredes impermeabilizadas.

- Para qualquer tipo de instalação de equipamento sobre superfície impermeabilizada, deve-se solicitar a presença de uma empresa especializada em impermeabilização.
- Lavar os reservatórios com produtos de limpeza e materiais adequados, mantendo a caixa vazia somente o tempo necessário para limpeza. Não utilizar máquinas de alta pressão, produtos que contenham ácidos nem ferramentas como espátula, escova de aço ou qualquer tipo de material pontiagudo. É recomendável que esta lavagem seja feita por empresa especializada.
- Tomar os devidos cuidados com o uso de ferramentas como picaretas, enxadões, etc. nos serviços de plantio e manutenção dos jardins, de modo a evitar danos à camada de proteção mecânica existente.
- Não permitir que se introduzam objetos de nenhuma espécie nas juntas de trabalho.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a inclinação do substrato das áreas horizontais: deve ser de no mínimo de 1% em direção aos coletores de água. Para calhas e áreas internas é permitido o mínimo de 0,5%.
- Verificar a estanqueidade através da colocação de água (piscina rasa) após a conclusão da impermeabilização.
- Verificar a integridade da sobreposição das faixas de manta em relação ao aspecto de colagem (fusão das mantas). Esta sobreposição deve ser de 10 cm.
- Verificar os acabamentos em cantos, tubos emergentes, canaletas, soleiras e ralos.
- Verificar a existência de reforços em cantos e ralos.
- Verificar o aspecto final da impermeabilização.

Descrição do Sistema:

A função das coberturas é proteger o espaço interno do edifício das intempéries do ambiente exterior (como a chuva, o vento, entre outros), também concedendo aos usuários privacidade e conforto (através de proteção acústica, térmica, etc.).

As coberturas podem ser feitas com lajes impermeabilizadas (horizontais ou inclinadas), com telhados ou mistas.

As principais partes componentes dos telhados são definidas a seguir:

- Telhamento: constituído por telhas de diversos materiais e dimensões, tendo a função de vedação. Podem-se agrupar as telhas em elementos de pequenas e grandes dimensões. As telhas de pequenas dimensões são normalmente de cerâmica ou de concreto. As telhas de grandes dimensões são fixadas diretamente nas terças, a exemplo das telhas metálicas e de fibrocimento. Quando necessário podem ser utilizadas telhas termo acústicas, que melhoram o isolamento térmico e acústico do ambiente;
- Trama: constituída geralmente por terças, caibros e ripas, tendo como função a sustentação das telhas;
- Estrutura de Apoio: constituída geralmente por tesouras, oitões, pontaletes ou vigas, tendo a função de receber e distribuir adequadamente as cargas verticais ao restante do edifício;
- Sistemas de Águas Pluviais: constituídos geralmente por rufos, calhas, condutores verticais e acessórios, tendo como função a drenagem das águas pluviais.

Cuidados de Uso

- Para lajes impermeabilizadas (seguir recomendações de Impermeabilização).
- Evitar caminhar sobre as telhas já colocadas. Para telhas de grandes dimensões, seguir orientações dos fabricantes quanto ao local e a forma adequada de caminhar sobre as telhas.

Sistema de Condicionamento de Ar

Descrição do Sistema:

Condicionamento de ar é o controle de temperatura, umidade, movimentação, pressão e qualidade do ar, dentro de um determinado ambiente.

O mercado oferece grande número de alternativas capazes de satisfazer às necessidades de um projeto. A seleção e combinação dessas opções devem basear-se nos seguintes critérios: desempenho, capacidade, local ocupado, custo inicial, custo operacional, flexibilidade, manutenção e durabilidade. Os sistemas de condicionamento de ar podem ser divididos em expansão direta e indireta.

No grupo de expansão direta, fazem parte os modelos em que o resfriamento ocorre diretamente em contato com o ar externo, por meio da serpentina de resfriamento.

Neste grupo se destacam:

- Condicionador de Ar de Janela (ACJ);
- Split;
- Self Contained.

No grupo de expansão indireta, o ar é resfriado por um líquido que não seja o gás refrigerante, como por exemplo, água ou etileno glicol. Neste grupo se destacam:

- Fan coils;
- Painel radiante.

As recomendações a seguir, referem-se especificamente para Condicionadores de Ar de Janela e Splits. No PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle de Condicionadores de Ar) em anexo, são apresentadas as recomendações para os demais sistemas.

Cuidados de Uso

- Ao ligar o condicionador de ar, mantenha as portas, as janelas e as cortinas sempre fechadas. Verificar se não existem frestas nas esquadrias ou em outros locais que permitam o escape do ar.
- Evitar ligar e desligar o sistema de condicionamento de ar diretamente no disjuntor ou na tomada.
- Manter limpos o gabinete e as grelhas bem como a área ao redor da unidade.

- Não exagerar na intensidade da temperatura (muito quente ou muito fria).
- Nos períodos que não usar o condicionador de ar, ligá-lo, uma vez ao mês, por alguns minutos. Se o modelo for QUENTE/FRIO, ligar no aquecimento.
- Para a limpeza da frente plástica e do gabinete do ACJ ou da unidade evaporadora do split, usar uma flanela ou um pano macio embebido em água e sabão neutro. Não usar esponja de aço ou produto abrasivo para não riscar o aparelho. Não utilizar detergente ou álcool diretamente na frente plástica.
- Não utilizar o condicionador de ar sem o filtro, pois a poeira e as impurezas irão danificá-lo ou exigir limpeza especializada.

Sistemática de Implantação do Serviço de Manutenção Predial

A Sistemática do Serviço de Manutenção Predial do HOSPITAL consiste na determinação das atividades essenciais de manutenção, sua periodicidade, os responsáveis pela execução e os recursos necessários.

A responsabilidade pela elaboração desta programação será de responsabilidade do gestor predial, profissional especializado para auxiliar na elaboração e no gerenciamento do mesmo.

O funcionário destacado para exercer a função de gestor predial deverá exercer as seguintes atividades:

- Observar o estabelecido nas normas técnicas e no manual de operação, uso e manutenção de sua edificação, se houver;
- Assessorar o gestor do prédio nas decisões sobre manutenção da edificação, inclusive na organização do sistema de manutenção;
- Providenciar e manter atualizados os registros da edificação;
- Realizar as inspeções da edificação, apresentando relatórios periódicos sobre suas condições, identificando e classificando os serviços de manutenção necessários;
- Definir planos de manutenção;
- Realizar ou supervisionar a realização de projetos e programação dos serviços de manutenção;

- Orçar previamente / estimativamente os serviços de manutenção;
- assessorar na contratação de serviços de terceiros para a realização da manutenção da edificação, na forma das regulamentações próprias do HOSPITAL;
- Supervisionar a execução dos serviços de manutenção;
- Orientar os usuários sobre o uso adequado da edificação em conformidade com o estabelecido nas normas técnicas e no Manual de Manutenção Predial.

A sistemática proposta visa auxiliar os gestores prediais na implementação de um processo de gestão da manutenção, que privilegie o planejamento das manutenções preventivas e a previsão de recursos para sua execução. Além disso, esta sistemática visa incorporar à rotina para realização de controles da manutenção e de registros das ações tomadas, de forma prover evidências da conformidade do serviço realizado e manter um histórico das ações executadas.

Vale lembrar a importância da contratação de empresas especializadas, de profissionais qualificados e da realização de treinamento adequado da equipe de manutenção para a execução dos serviços.

Sempre deverá ser utilizados materiais de boa qualidade, preferencialmente, seguindo as especificações de materiais utilizados na construção original da edificação.

No caso de peças de reposição de equipamentos, sugere-se fortemente o uso de peças originais, na forma da legislação vigente.

Esta sistemática envolve a descrição do fluxo do processo de gestão predial, bem como as planilhas para realização das atividades de manutenção preventiva e corretiva, além de controles de registros.

O fluxo de gestão da manutenção predial visa descrever as atividades deste processo, explicitando suas entradas, programação, controles e retroalimentação.

O fluxo da gestão da manutenção predial inicia-se com a elaboração do Cronograma Anual de Manutenção, assim como a Previsão Orçamentária Anual. Com base nestas duas planilhas, é elaborada a Programação de Manutenção Preventiva e a Programação de Manutenção Corretiva.

S. E. S.
Fls: 1537
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Tanto para a manutenção preventiva quanto para a manutenção corretiva, são previstos controles através da verificação das ações executadas. Caso uma ação não seja aprovada, o serviço deverá ser refeito, até que a solução dada seja satisfatória.

Por fim, o fluxo do processo de dos serviços de manutenção predial hospitalar envolve a retroalimentação das informações, que ocorre a partir da análise de dados tanto das manutenções preventivas quanto corretivas, gerando novas informações para a revisão do cronograma anual de manutenção e previsão orçamentária anual. Esta retroalimentação está representada pela linha tracejada.

Planilhas para Planejamento e Controle da Manutenção Predial Hospitalar

A sistemática para planejamento e controle da gestão predial é composta por planilhas básicas, que podem ser adaptadas à necessidade de cada setor, caso necessário:

- O Cronograma Anual de Manutenção deve ser utilizado para preparação do planejamento de longo prazo. Neste caso, sugere-se a elaboração de um cronograma anual de atividades com ações de manutenção preventiva, seguindo as periodicidades das fichas, e ações de manutenção corretiva planejadas em longo prazo. Devem ser utilizadas quantas planilhas forem necessárias, de modo que sejam planejadas todas as ações ou verificações para os serviços considerados como críticos para o prédio do hospitalar.

Previsão Orçamentária Anual

Esta planilha deve ser utilizada para a programação dos recursos necessários para a realização das manutenções preventivas e corretivas planejadas no Cronograma Anual de Manutenção. Além disso, esta previsão deve incluir a reserva de recursos destinados à realização de manutenção não planejada e reposição de equipamentos ou sistemas após o término da sua vida útil.

Programação da Manutenção Preventiva

Esta planilha deve ser utilizada para a programação de manutenção preventiva, baseada no Cronograma Anual de Manutenção. Devem ser incluídas outras ações ou verificações que não tenham sido planejadas inicialmente, mas que sejam necessárias.

Além disso, esta planilha serve para verificação da manutenção preventiva realizada, assim como para registro de alguma manutenção corretiva identificada durante a realização da manutenção preventiva. Em cada uma das planilhas podem ser planejadas as ações ou verificações que deverão ser realizadas no mês ou na semana seguinte, a critério do gestor predial. Esta programação pode também ser realizada por sistema construtivo.

Programação da Manutenção Corretiva

Esta planilha deve ser utilizada para programação e inspeção das manutenções corretivas realizadas, assim como para a avaliação de fornecedor, caso o serviço de manutenção corretiva seja realizado por empresa terceirizada.

6.4 Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares

O recebimento de um equipamento que chega ao HOSPITAL envolve três atividades:

- Avaliação;
- Aceitação;
- Instalação.

No processo de avaliação do equipamento recém-adquirido, a primeira atividade consiste na abertura da embalagem que acondiciona o equipamento, SEMPRE na presença do fornecedor, com exceção de casos em que o fornecedor autorize por escrito que a embalagem possa ser aberta sem sua presença. Esse procedimento evita problemas entre fornecedor e comprador por eventuais danos que ocorram no equipamento durante o transporte ou por falta de componentes (peças, dispositivos, acessórios e documentação) que deveriam estar incluídos na embalagem.

Na abertura da embalagem, um membro do grupo de manutenção deve estar sempre presente e ter em mãos a listagem do material adquirido, assim como as exigências técnicas contratuais definidas antes da aquisição. Caso falte algum item, este deverá ser anotado e reconhecido pelo fornecedor.

S.E.S. Fls: 1538 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

É recomendável que toda a documentação que acompanha o equipamento seja devidamente arquivada, de modo a facilitar sua futura utilização. Alguns grupos de manutenção cedem uma cópia do manual de operação aos operadores do equipamento e arquivam o original, para que eventuais perdas durante seu manuseio possam ser repostas.

Mas alguns operadores podem exigir o original, tendo em vista a melhor qualidade de impressão e apresentação. Nesses casos, recomenda-se que durante o processo de aquisição sejam exigidos dois manuais de operação.

A aceitação do equipamento depende não só da avaliação, mas de testes que possam ser executados pelo grupo, que podem variar desde a simples demonstração de que o equipamento está em perfeitas condições de funcionamento até a utilização de equipamentos de testes e o uso de fantomas específicos (materiais que simulam tecidos biológicos, placas que definem resolução de equipamentos de imagem, etc.).

A direção do HOSPITAL deve estar em sintonia com o grupo de manutenção e somente executar o pagamento do equipamento após um parecer positivo do processo de aceitação. Os procedimentos de testes para a aceitação são específicos para cada tipo de equipamento e devem ser elaborados por um grupo de acordo com os recursos materiais disponíveis.

A instalação do equipamento pode envolver atividades bastante complexas que exigem até a contratação de serviços externos ao HOSPITAL. O equipamento a ser instalado poderá exigir os mais diversos tipos de recursos para seu funcionamento (hidráulicos, mecânicos, potências elétricas estáveis e/ou elevadas, esgotos especiais, tratamento de dejetos, blindagem magnética, blindagem para radiações ionizantes, monitoração e controle de temperatura e umidade, iluminação especial, etc.). Assim, antes do processo de aquisição, é importante que o responsável pelo grupo de manutenção tenha se informado de todas as necessidades do equipamento (que certamente implicará custos adicionais) e acompanhado todo o processo de execução da infraestrutura exigida pelo equipamento.

Outro ponto importante é a verificação do reconhecimento, por escrito, por parte do fabricante/empresa fornecedora, de que todas as exigências feitas na pré-instalação para o funcionamento normal do equipamento sejam atendidas.. Isso evita que, em caso de problemas com o equipamento, a empresa alegue que o HOSPITAL não obedeceu às exigências ambientais (ar condicionado, umidificação, iluminação, etc.), de energia (potência da rede, nível de tensão, estabilidade da rede elétrica, etc.) ou qualquer outro pré-requisito para a instalação.

Para isso, é sugerido um formulário simples, que lembra o responsável pela manutenção, assim como o técnico que recebe o equipamento, que o instalador deve verificar e emitir um parecer sobre as condições de pré-instalação.

Para facilitar todo o processo de recebimento, será desenvolvido um sistema de par que será composto de formulários para cadastramento, recebimento e instalação dos equipamentos.

O preenchimento do Formulário para Recebimento e Instalação de Equipamento é o primeiro passo para o cadastramento e sua inclusão no inventário do HOSPITAL o qual deverá ser elaborado pelo grupo de manutenção. Esse formulário deverá possuir todas as informações que serão utilizadas no sistema de gerenciamento de equipamentos e uma série de questões que devem ser respondidas pelo técnico durante o processo de recebimento, e que têm o propósito de lembrar aos técnicos itens que serão muito importantes em fase posterior para o gerenciamento do equipamento.

Assim, no recebimento do equipamento, a primeira parte a ser preenchida é a de concordância com a condição da pré-instalação. A segunda parte é a de recebimento, com todas as questões pertinentes ao equipamento respondidas. Para o cadastramento, deve conter todos os dados provenientes do formulário de recebimento, mais nota fiscal, telefones, endereços, etc.

Como o preenchimento dos formulários via sistema não apresenta grandes dificuldades, explicaremos somente os itens que podem ocasionar alguma dúvida ao leitor/processador de dados.

TCE 1550

S. E. S.
Fls: 1539
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Quadro para cadastramento do equipamento.

- Recursos: deve ser colocado o tipo de contrato feito para a aquisição do equipamento, ou seja, se foi comprado, se é contrato em comodato, ou se foi alguma doação feita ao estabelecimento. No caso de comodato, normalmente o responsável pela prestação da manutenção é a empresa fornecedora, que deve ser chamada para eventuais reparos e consertos.
- Grupo executor: define o grupo responsável pela instalação do equipamento.
- Assistência técnica: colocar o nome e, se possível, o telefone da empresa fornecedora dos serviços de garantia, que será a mesma que dará assistência técnica pós-garantia.
- Manual: anotar o número da pasta onde constam todas as informações relativas ao equipamento (manuais, catálogos, circuitos, etc.), se o cadastro do equipamento, assim como seu histórico, ficarem em outro arquivo.
- Responsável pelo departamento: citar o nome da pessoa que responde pelo departamento onde o equipamento é instalado.
- Código/ "part number": preencher com os códigos de todas as peças ou acessórios que acompanham o equipamento na sua entrega.
- Descrição do material: descrever por extenso o nome da peça, acessório ou material de consumo (tinta, papel, lubrificantes, lâmpadas, etc.) que acompanham o equipamento na sua entrega.

Formulário para recebimento e instalação de equipamento

O quadro de pré-instalação deve ser preenchido e assinado por uma pessoa responsável pela empresa. Ainda nesse formulário existira um local para a anotação do nome da pessoa que o preencheu. Por outro lado, nem sempre quem o preencheu é a pessoa responsável pela instalação. Existem casos em que a instalação é feita por um estagiário. Dessa maneira, há também um local determinado para que a pessoa que efetuou a instalação do equipamento anote o seu nome e assine, responsabilizando-se pelos dados registrados no formulário.

Controle Periódico

Nesta etapa trataremos da monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materiais utilizados e consumidos por ele. Descreveremos também um modo bastante simples de monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo grupo de manutenção.

O problema que ocorre em qualquer tipo de monitoração ou controle de serviços é que nem sempre os técnicos estão conscientizados da necessidade do preenchimento correto dos dados existentes em todos os formulários desenvolvidos, assim como a indisponibilidade de pessoal administrativo para a digitação e processamento desses dados.

Dessa maneira, é fundamental a existência de pelo menos um computador exclusivo para utilização do grupo de manutenção e de um bom esclarecimento aos usuários da importância do correto preenchimento das ordens de serviço.

Desta forma e evidente que a monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materiais utilizados e consumidos por devem também ser descritos de um modo bastante simples, para se monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo grupo de manutenção.

O problema que ocorre em qualquer tipo de monitoração ou controle de serviços é que nem sempre os técnicos estão conscientizados da necessidade do preenchimento correto dos dados existentes em todos os formulários desenvolvidos, assim como a indisponibilidade de pessoal administrativo para a digitação e processamento desses dados.

Dessa maneira, é fundamental a existência de pelo menos um computador exclusivo para utilização do grupo de manutenção e de um bom esclarecimento aos técnicos da importância do correto preenchimento das demandas de serviço.

Para facilitar o processamento dos dados existentes nas demandas de serviço e, consequentemente, auxiliar o gerenciamento do grupo, apresentou abaixo um formulário para o controle mensal de:

- Tempo gasto para atividades de Manutenção e corretiva e Manutenção preventiva e outras;
- Produtividade de cada técnico;
- Gasto total do departamento de manutenção;

Fls: 1540
Rubrica
TCE 1551

- Total de horas que o departamento trabalhou;
- Valor da hora técnica (geral ou por grupo de equipamentos);
- Produtividade média (geral ou por grupo);
- Custo total do material gasto para os serviços executados;
- Valor do estoque que o departamento manteve no mês;
- Tempo médio de resposta para o atendimento das solicitações;
- Tempo médio para o reparo dos equipamentos;
- Número de rechamadas.

6.5 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações

Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço. Ela tem caráter inter-setorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

O processo de compra ocorre pela Compra de produtos e Contratos de serviços e obras.

As modalidades são:

Convites; Tomada de preço; Concorrência; Registro de preço; BEC (bolsa eletrônica) e pregão.

Nas aquisições efetuadas são exigidos três orçamentos ou carta de exclusividade.

A ordem de compra é emitida pelo membro responsável por cada grupo de materiais e de acordo com a necessidade.

A Divisão de Material e Suprimentos abre processo, sendo que os fornecedores recebem as informações sobre abertura do processo de compra.

As empresas que participam do processo devem apresentar documentos necessários à comprovação da capacidade jurídica e regularidade fiscal da empresa.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores são estabelecidos pelo Grupo Técnico de Análise de Compras.

GRUPO DE PRODUTOS	EXIGÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO
Medicamentos, materiais médico hospitalares e órtese e próteses	Certificado de Boas Práticas de Fabricação Alvará da Vigilância Sanitária Inscrição no Conselho Regional de Farmácia Autorização de Funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária Laudo Analítico de Órtese e Prótese Registro no Ministério da Saúde
Reagentes	Registro no Ministério da Saúde Laudo Técnico do Produto
Alimentos	Registro no Ministério da Saúde Registro Dinal Registro Portaria 326 Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Registro na Secretaria Estadual da Saúde

A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, uma equipe técnica especializada do HOSPITAL participa da avaliação dos produtos no processo de compra, onde ocorre desde a visita técnica no local onde o material é produzido, análise microbiológica, sensorial e, quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade.

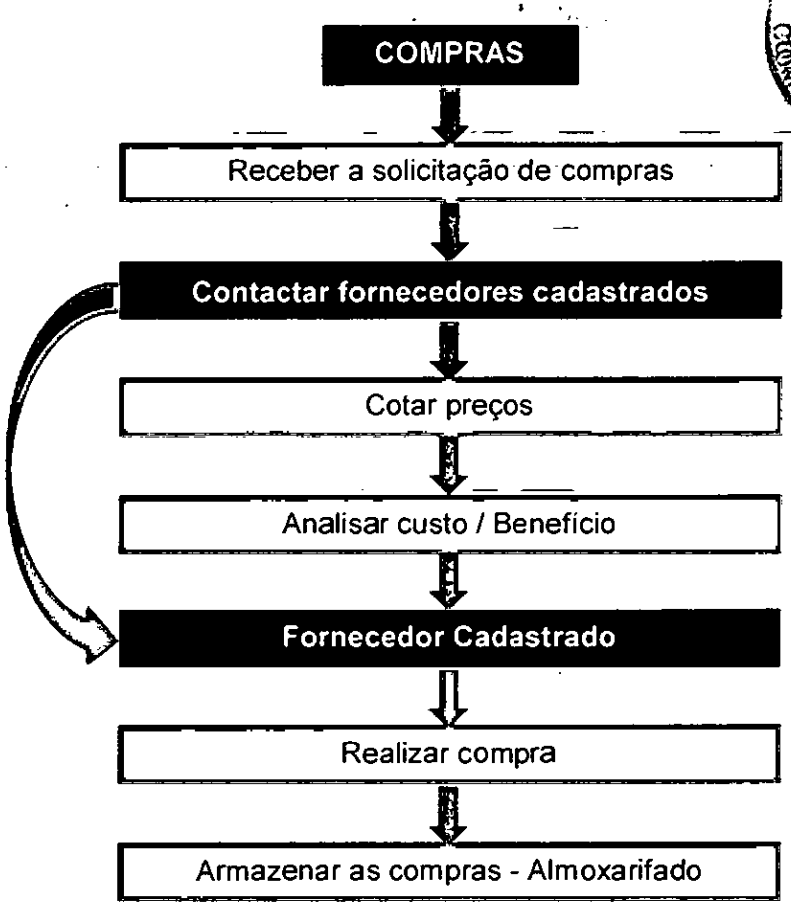
Qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa.

O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e, quando necessário, procede-se a troca do produto encaminhando-se o parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada a área através de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Suprimentos.

A central de compras e suprimentos deve se organizar com cadastro dos fornecedores, ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e elaboração de indicadores de desempenho, manter parceria com seus fornecedores com objetivo de aprimorar e adequar cada vez mais os seus produtos às necessidades dos clientes e profissionais.

E. S
16: 1541
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1552



Atividades de Compras e Suprimentos:

a) desenvolver atividades relacionadas a cadastro de fornecedores de materiais e de serviços, de acordo com as normas e os procedimentos pertinentes;

b) examinar as solicitações de compras;

c) preparar e acompanhar os expedientes relativos à aquisição de materiais e à contratação de serviços;

d) analisar a composição dos estoques, verificando sua correspondência com as necessidades efetivas;

e) definir níveis de estoque mínimo e máximo, bem como ponto de pedido de materiais;

f) solicitar, receber, conferir e armazenar materiais de consumo;

g) distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;

h) controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições propostas e constantes das encomendas efetuadas, comunicando ao Diretor da Gerência eventuais irregularidades cometidas;

i) manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;

j) realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, do material em estoque;

k) preparar:

1. O levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento do HOSPITAL;

2. A relação de materiais considerados excedentes ou em desuso, de acordo com a legislação específica.

l) zelar pela conservação dos materiais em estoque.

Atividades em relação à Gestão de Contratos:

a) analisar as propostas de fornecimento de materiais e de prestação de serviços e proceder à verificação do cumprimento das exigências legais para celebração de contratos;

b) elaborar contratos relativos às compras de materiais ou à contratação de serviços;

c) auxiliar os gestores de contratos terceirizados, acompanhando os prazos e as condições contratuais e efetuando as alterações necessárias;

d) controlar e acompanhar a prestação de contas;

e) preparar relatórios para subsidiar a atuação da Diretoria.

Aspecto Legal

Os Procedimentos para contratações e aquisições destinam-se a selecionar a melhor proposta para o HOSPITAL e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo. Toda contratação é precedida de Processo Administrativo prévio, devidamente agregado das documentações compatíveis que embasam e justificam as medidas tomadas e a tramitação decorrente de tal contratação não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento.

TCE 1553

S.E.S. Fls: 1542 Rubrica COMISSÃO LICITAÇÃO

Base Legal de Licitações e Contratos

As contratações de obras, serviços, compras e alienações, quando na gestão de recursos publicizados devem ser necessariamente precedidas de licitação, obedecidas às disposições ali elencadas. Para tanto, considera-se:

1 - Obra e Serviço de Engenharia - toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais das áreas de engenharia e arquitetura;

2 - Demais Serviços - aqueles não compreendidos acima;

3 - Compra - toda aquisição remunerada de bem para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

4 - Comissão de Licitação - colegiado permanente ou especial, composto de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações;

5 - Homologação - o ato pelo qual a autoridade competente, após verificar a regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da licitação;

6- Adjudicação - o ato pelo qual a autoridade competente atribui ao interessado o direito de executar o objeto a ser contratado.

São modalidades:

1- Concorrência - modalidade de licitação na qual será admitida a participação de qualquer interessado que, na fase de habilitação, comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no instrumento convocatório para execução de seu objeto, podendo ser utilizada para qualquer valor estimado;

2 - Convite - modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, cujo instrumento convocatório será afixado em local apropriado, com a finalidade de possibilitar a participação de outros interessados;

3 - Concurso - modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores;

4 - Leilão - modalidade de licitação entre quaisquer interessados, para a venda de bens, a quem oferecer maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação;
5 - Pregão Presencial - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas escritas e lances verbais em sessão pública, vedada sua utilização para contratação de obras e serviços de engenharia;
6 - Pregão Eletrônico - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de utilização de recursos de tecnologia da informação;
7 - Tomada de Preço - modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação.
8 - 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.

Premissas

- O tipo de licitação de técnica e preço será utilizado preferencialmente para contratações que envolvam natureza intelectual ou nas quais o fator preço não seja exclusivamente relevante, e, neste caso, desde que justificado tecnicamente.
- Nas licitações de técnica e preço a classificação dos proponentes será feita de acordo com a média ponderada das valorizações das propostas técnica e de preço, de acordo com os pesos estabelecidos no instrumento convocatório, que serão objetivos.
- Nas licitações na modalidade Pregão só será admitido o tipo menor preço.

Contratos

O instrumento de contrato é obrigatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta contrato, autorização de fornecimento ou documento equivalente, que deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão, necessariamente, o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso; o preço ajustado; o prazo de execução; as garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas no instrumento convocatório, sendo que estes terão prazo determinado não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais alterações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

A prestação de garantia, quando prevista no instrumento convocatório, será limitada a 10% (dez por cento) do valor do contrato e, à escolha do prestador, constará de:

1- Caução em dinheiro;

2 - Fiança bancária;

3 - Seguro-garantia.

O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o contratante, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório.

As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação constarão de termos aditivos.

Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de complementação ou acréscimo que se fizerem nas obras, serviços ou compras, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial e, em até 50% (cinquenta por cento), para reforma de edifício ou equipamento, ambos atualizados.

A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao licitante as seguintes penalidades, previstas no instrumento convocatório:

1 - perda do direito à contratação;

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

3 - suspensão do direito de licitar ou contratar com o INSTITUTO, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou no contrato, inclusive a de suspensão do direito de licitar ou contratar com o INSTITUTO.

Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, o INSTITUTO poderá proceder às contratações, mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas observadas os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever o respectivo regulamento.

Estabelecimento do Procedimento de Compras

O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas predefinidas a seguir:

1. Solicitação de Compras devidamente autorizada;
2. Seleção de Fornecedores;
3. Apuração da Melhor Oferta;
4. Autorização da diretoria Administrativa -Financeira;
5. Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

O procedimento de compras terá início com o recebimento da solicitação de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de disponibilidade orçamentária e que deverá conter as seguintes informações:

1. Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser adquirido;
2. Especificações técnicas;
3. Quantidade a ser adquirida;
4. Regime de compra: rotina ou urgente.

O Setor de Compras e Suprimentos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da cotação, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: custos de transporte e seguro até o local da entrega:

1. Custos de transportes e seguro até o local da entrega;
2. Forma de pagamento;
3. Prazo de entrega;
4. Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade;
5. Durabilidade do produto;
6. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
7. Disponibilidade de produtos ou serviços em tempo hábil exigido;
8. Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
9. Assistência técnica;
10. Garantia dos produtos.

O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita da seguinte forma:

I. Compras com valor estimado de até R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, por telefone, fax ou e-mail, registrados em mapa de cotações;

II. Compras com valor estimado acima de R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, registradas em mapa de cotações ou "Ata de Realização", devidamente assinada, da rodada de negócios e lances, se for o caso, necessariamente acompanhado da confirmação escrita dos fornecedores por fax, carta ou e-mail.

Após aprovada a compra, a Diretoria Administrativa e Financeira autoriza o setor de Compras, a emitir a Autorização de Compras e/ou Serviços, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma:

1. Uma via para o fornecedor;
2. Uma via para o Setor requisitante;
3. Uma via para o arquivo do Setor de Compras.

No recebimento dos serviços, bens e materiais o setor requisitante ficará responsável, juntamente, com o encarregado do almoxarifado, consoante às especificações contidas na Autorização de Compra e/ou Serviços e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal a Diretoria Administrativa- Financeira.

Serviços Técnico-profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

1. Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
2. Pareceres, perícias e avaliações em geral;
3. Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias operacionais e de gestão (administrativa, financeira, contábil, de pessoal, de sistemas informatizados e outras afins);
4. Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
5. Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
6. Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
7. Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
8. Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
9. Área de museologia, como a prestação de serviços de profissionais de restauro, conservação, pesquisa, ação educativa, palestrantes, couriers, expografia, entre outros.

Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações

Além do fluxo processual / físico, paralelamente também há o controle / registro eletrônico de todas as compras e contratações do INSTITUTO aplicáveis para gestão do HOSPITAL. Tal controle se faz por meio se software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, numero do processo / contratação, saldos e valores contratuais, tipo do contrato.

Serviços Terceirizados

As normas aplicáveis para uma competente Gestão Hospitalar envolvem uma vasta cadeia de fornecedores e uma complexa rede de Prestadores de Serviços Especializados.

Para as contratações de serviços sob a gestão do INSTITUTO além das normas constantes dos regulamentos próprios para contratação serão adotados critérios rigorosos de seleção e execução de serviços.

S. E. S
Fls: 1545
Comissão de Licitação

6.5.1 REGULAMENTO INSTITUCIONAL DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS.

TCE 1556

O Conselho de Administração do Instituto de Gestão em Saúde - Instituto Gerir, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 14.963.977/0001-19, qualificada como Organização Social, no exercício de suas atribuições e competências estatutárias, estabelece e determina o presente Regulamento de Compras e Contratações de Obras e Serviços que passará a vigorar para os casos de Contrato de Gestão, Convênios e demais contratações.

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º – Este Regulamento tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observadas pelo **Instituto de Gestão em Saúde - Gerir** na realização de compras, contratações de obras e serviços, inclusive especializados, e locações, destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais da entidade.

Parágrafo único. Este Regulamento aplica-se a todos os dispêndios financeiros do Instituto Gerir, inclusive os realizados por unidades descentralizadas.

Art.2º – Todos os dispêndios feitos pelo Instituto Gerir reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.

Art. 3º – O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas que atendem aos princípios do artigo 2º, a mais vantajosa para o Instituto Gerir.

Art. 4º – Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização do Contrato firmado com o Instituto Gerir.

CAPÍTULO II - DAS COMPRAS

Art. 5º – Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades da entidade com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III – DAS OBRAS

Art. 6º – Considera-se obra toda construção, fabricação ou ampliação de área em edifício ou terreno.

CAPÍTULO IV – DOS SERVIÇOS

Art. 7º – Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para o Instituto Gerir, inclusive reformas ou recuperação de edifícios.

CAPÍTULO V – DAS LOCAÇÕES

Art. 8º – Considera-se locação o contrato pelo qual uma das partes, mediante remuneração, se compromete a fornecer-lhe, durante certo lapso de tempo, o uso e gozo de móvel ou imóvel.

S. E. S.
Fls: 1546
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

CAPÍTULO VI – DOS PROCEDIMENTOS

Seção I – Da Qualificação

TCE 1557

Art.9º – A qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados por meio dos Correios ou entregues em local determinado pelo Instituto Gerir, dentro do prazo de validade:

I. Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;

II. Inscrição Estadual;

III. Contrato ou Estatuto Social, com as alterações;

IV. Autorização de Funcionamento Municipal;

V. Comprovante de Contribuintes Municipal - CCM.

Seção II – Das Solicitações

Art. 10º – Todas as solicitações de fornecimento de bens, contratação de serviços ou obras deve seguir o disposto nesta Seção.

Art. 11º – As solicitações de materiais deverão ser emitidas pelo responsável pelo setor interessado, ao constatar a necessidade de material, emitindo solicitação ao Diretor Administrativo para que este encaminhe o memorando de compras para autorização.

Parágrafo primeiro - No memorando de solicitação de compras, o Diretor Administrativo solicita autorização para aquisição do material de consumo, equipamento, material permanente; justificando sua necessidade e fazendo juntar, em anexo, projeto básico ou memorial descritivo contemplando relação dos bens com, pelo menos, os seguintes elementos: **especificação** detalhada, **padrão de qualidade e desempenho, unidade de fornecimento**, **quantidade**, e ainda, se necessário: condições de fornecimento, garantia, instalação, adequação a normas de padronização, acessórios ou itens inclusos, entre outras considerados necessários.

Parágrafo segundo - Deve ser emitido um memorando para cada grupo de material, tais como: material de consumo para laboratório; material de expediente; material de distribuição de consumo para setor médico-odontológico; material de consumo - suprimentos de informática; material de consumo - manutenção elétrica e hidráulica; material de consumo – peças de reposição para equipamentos de refrigeração; equipamento de refrigeração para climatização de ambiente; equipamento de informática para área de ensino; equipamento de informática para área administrativa; equipamento para laboratório; equipamento hospitalar; entre outros.

Art. 12º – As solicitações de serviços deverão ser feitas pelo responsável pelo setor interessado, constatando a necessidade de contratação de um serviço avulso ou continuado, emitindo solicitação justificando a necessidade ao Diretor Administrativo para que este encaminhe o memorando de contratação para autorização.

Parágrafo único. O memorando de solicitação de serviço deve solicitar autorização para contratação de pessoa jurídica ou física para a prestação do serviço almejado, justificando a necessidade do gasto e fazendo juntar, em anexo, projeto básico ou memorial descritivo contemplando, pelo menos, os seguintes aspectos: **especificação** detalhada, **padrão de qualidade e desempenho**, **unidade de fornecimento**, **quantidade**, e ainda, se necessário: condições de fornecimento, garantia, instalação e adequação às normas de padronização, entre outros considerados necessários.

Art.13º – A descrição do objeto deve contemplar especificações técnicas detalhadas e precisas, sendo a fidelidade da descrição fator preponderante para a cabal realização da despesa dentro dos parâmetros morais e legais.

Parágrafo primeiro – É vedado a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Parágrafo segundo – Quando se tratar de serviço de manutenção de equipamento com reposição de peças, um mesmo processo abrigará as duas despesas: serviço de manutenção e aquisição de peças de reposição.

TCE 1558

S. E. S. FLS 114

Parágrafo terceiro – Os pedidos de natureza complexa ou específica devem ser elaborados ou, pelo menos, supervisionados por profissional competente. No caso de obra ou serviço de engenharia é imprescindível a participação circunstanciada de engenheiro; para equipamento e suprimento de informática, de analista de sistemas; equipamento e material de laboratório, do Coordenador do Laboratório; equipamento e material médico hospitalar, do médico coordenador do setor.

Seção III – Da Coleta de Preços

Art. 14º – A coleta de preço, para fins de estimativa, poderá ser realizada por correio eletrônico (e-mail) ou fax, com a participação de, no mínimo, 3 (três) fornecedores, ou ser obtida por meio de contratos de objeto similar, celebrados com órgãos ou entidades públicas ou privadas, inclusive do terceiro setor, ou preços de itens registrados em atas.

Parágrafo Primeiro – O sistema de coleta de preços será dispensado nos casos em que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto, necessidade emergencial de aquisição ou contratação de obra e/ou serviço e, ainda, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor que represente 50% do número de pedidos emitidos mensalmente pela unidade solicitante.

Parágrafo Segundo - Considera-se de urgência a contratação:

I – do fornecimento de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização;

II – da prestação de serviços cuja descontinuidade possa interferir na atividade-fim, de modo a colocar em risco a vida de terceiros;

III- de fornecedores de bens e serviços, desde que motivado,

IV – outras situações devidamente justificadas.

Parágrafo Terceiro – No caso de configurada urgência de contratação do parágrafo anterior, poderá haver coleta de preços, por telefone, desde que devidamente registrado a hora, o estabelecimento consultado e o nome do empregado que ofereceu os preços, devidamente registrados no processo de contratação[1].

Art. 15º – A melhor oferta será apurada considerando-se o menor preço, custo de transporte e seguro até o local de entrega, condição de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto e disponibilidade para eventual necessidade de treinamento de pessoal.

Art. 16º – A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Seção IV – Da Instrução dos Processos Administrativos

Art. 17º – Todo processo administrativo de compras ou de contratação de serviços ou obras deverá conter o Memorando de Solicitação de Compra ou Serviço, bem como seus anexos, sendo que o êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido:

Parágrafo primeiro – Entende-se por Memorando de Solicitação de Compra ou Serviço o documento, emitido pelo Diretor Administrativo da Unidade Solicitante, contemplando a justificativa da aquisição, a especificação do material ou serviço, encaminhado pelo setor solicitante, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra.

---

[1] JACOBY FERNANDES, Jorge Ulisses. *Contratação direta sem licitação*: dispensa de licitação: inexigibilidade de licitação: comentários às modalidades de licitação, inclusive o pregão: procedimentos exigidos para a regularidade da contratação direta. 9. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2011. 796 p.(Coleção Jacoby de Direito Público; v.6). ISBN 978-85-7700-426-3. 484. Havendo outras empresas do mesmo ramo em que a associação se propõe a prestar os serviços, não será difícil o confronto dos preços, mediante pesquisa que poderá ter o caráter de razoável informalidade. No próprio processo de contratação, um servidor da Administração lançará os preços obtidos em **uma pesquisa que poderá ser feita até por telefone**, tendo-se a cautela de identificar a empresa e o empregado responsável pela informação prestada, bem como, dia e hora em que foi realizado o contato. Se possível, juntará algum orçamento por escrito. Esses elementos são imprescindíveis e constituem exigência legal.

Parágrafo segundo – Entende-se por processo de compras ou serviços o conjunto de procedimentos, devidamente documentados e circunstanciados por meio de despacho escrito, assinado e datado por agente designado, em obediência estrita à legislação específica e aos Princípios da Administração Pública, organizado em ordem cronológica, com numeração crescente.

Art. 18º – Depois de autorizado a abertura do processo, é encaminhado a Seção de Compras e Suprimentos da Unidade Solicitante que abre, instrui e o encaminha para o Presidente do Instituto Gerir autorizar a tramitação pelos setores envolvidos no Instituto.

Art. 19º – Realiza-se a Avaliação Técnica de Especialistas, quando necessário, da conformidade da solicitação e, somente após, é definida a forma de aquisição, de acordo com as características, que poderá ser:

I- direta, isto é, por dispensa ou inexigibilidade, em casos e condições específicas;

II- por Cotação de Preços, em modalidade adequada.

Seção V – Das Fases

Art. 20º – Os processos de compra serão divididos em duas fases:

I – Fase de abertura, que compreende:

a) o encaminhamento dos autos, pelo Diretor Administrativo, com as devidas justificativas, para a Seção de Compras e Suprimentos;

b) a conferência, pelo Almoxarifado, da ausência do material pedido no estoque;

c) a abertura, instrução e encaminhamento, pela Seção de Compras e Suprimentos da Unidade Solicitante, ao Presidente, para tramitação pelos setores envolvidos no Instituto Gerir.

II- Fase específica, que consiste:

a) no encaminhamento, pelo Presidente, para os procedimentos de compras ou contratação de obras e serviços de acordo com projeto básico ou memorial descritivo pelo interessado e instruído pela Seção de Compras e Suprimentos;

b) na análise e emissão de parecer, pela Área Jurídica, acerca do processo, sugerindo, eventualmente, modificações a fim de adequá-lo à legislação;

c) na análise e emissão de parecer de conformidade da Avaliação Técnica de Especialistas, quando necessário;

d) no encaminhamento, pelo Setor de Compras, para procedimentos de compra direta ou cotação de preços, inclusive eletrônica, de, no mínimo, 3 (três) fornecedores e indicação daquele que ofertou o bem ou serviço de menor preço.

e) na homologação, pelo Presidente, do resultado da cotação ao fornecedor que ofertar o bem ou serviço com as condições da Cotação de Preços;

f) na conferência, pelo Almoxarifado e/ou Setor Solicitante, do material com a Solicitação, incluindo o recebimento formal do material e a nota fiscal do fornecedor, atestando a entrega ou a prestação dos serviços, e

g) no encaminhamento, pelo Instituto Gerir, dos documentos contábeis a Contabilidade, para registros e arquivamento.

Seção VI – Do Recebimento e Atestado de Execução

Art. 21º – Todo material adquirido será entregue no Almoxarifado, onde permanecerá à disposição do interessado.

Art. 22º – No ato do recebimento, será observado se o material confere com as especificações formalizadas no processo de compras, momento em que será atestado o recebimento pelo almoxarife junto a laudo de profissional competente, quando necessário.

Art. 23º – Os equipamentos ou materiais permanentes devem ser tombados pela Coordenação de Material e Patrimônio.

Art. 24º – Os equipamentos que dependem de instalação por parte do fornecedor, deverão ser entregues diretamente ao Interessado, na presença do Coordenador do Almoxarifado, servidor vinculado a essa coordenação, ou outro servidor designado.

Parágrafo único – Depois de instalado e em perfeito funcionamento, o interessado atesta a Nota Fiscal e a encaminha imediatamente ao Almoxarifado, a fim de que seja processada a entrada do material, a respectiva incorporação do bem ao acervo patrimonial e o pronto encaminhamento ao Diretor Administrativo para enviar ao Instituto Gerir para pagamento ao fornecedor.

S.E.S.
Fls: 1549
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Art. 25º – No caso de serviços avulsos, a entrega será diretamente ao Interessado que, após a conclusão, nos padrões de qualidade e desempenho circunstanciados no memorando de solicitação, atestará a Nota Fiscal de Serviço e a encaminhará imediatamente ao Diretor Administrativo para enviar ao Instituto Gerir, a fim de que seja procedido o pagamento ao fornecedor.

Art. 26 º – Nenhum material pode ser recebido pelo interessado sem que antes tenha sido entregue no Almoxarifado.

Parágrafo único – O descumprimento deste procedimento implica em responsabilidade por parte de quem recebeu o material pelo seu ressarcimento, caso este não seja localizado para tombamento.

Art. 27 º – O recebimento definitivo do equipamento pelo almoxarifado dar-se-á mediante exame a ser procedido pelo técnico designado, devidamente circunstanciado e apenso ao processo de compra.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28º – Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 29º – O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

6.5.2 Rotinas e Procedimentos: Compras de Materiais e Medicamentos

INTRODUÇÃO

Estas rotinas não têm a pretensão de esgotar as dúvidas acerca dos procedimentos organizacionais logísticos referentes a Materiais Médico Hospitalares e Medicamentos efetuados na unidade, mas esclarecer aos solicitantes as questões básicas relacionadas ao assunto e normatizar a operacionalização do processo.

OBJETIVO

Definir parâmetros do processo de aquisição de Materiais Médico Hospitalares e Medicamentos, visando à dinamização do processo; a racionalização dos trâmites; à eficácia das aquisições; e ainda, cumprir as determinações legais e atender as determinações do Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços do Instituto Gerir.

DEFINIÇÕES PRÉVIAS

ELABORAÇÃO DO PEDIDO

Todo processo administrativo de compras de Materiais Médico Hospitalares e Medicamentos se inicia e se fundamenta no memorando de compras e seus eventuais anexos. O êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido.

a) - Solicitação de Medicamento

O responsável pelo Setor de Almoxarifado e de Farmácia, verificando em seu planejamento a insuficiência e necessidade de aquisição de Materiais Médico Hospitalares medicamentos, a fim de manter as condições adequadas de atividade do setor, deve emitir um Memorando solicitando e informando a necessidade, devidamente justificado e com especificações e, encaminha para o Diretor Administrativo.

b) – Solicitação de Compras

O Diretor Administrativo emite Memorando de Solicitação de Aquisição contemplando a justificativa da aquisição, a especificação dos Materiais Médico Hospitalares e ou Medicamentos, encaminhado pelo responsável do Setor de Almoxarifado e ou Farmácia, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra ao SE.

S. E. S.
Fls: 155D
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1561

c) – Autorização de Compras

O SE recebe documento emitido pelo Diretor Administrativo contemplando a justificativa da aquisição, a especificação, encaminhado pelo setor solicitante, e autoriza a autuação (abertura) do processo de compra.

Depois de autorizado pelo SE a abertura do processo, o mesmo é encaminhado a Matriz.

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DO RECEBIMENTO DO PEDIDO

~~**RECEBIMENTO DO PEDIDO**~~

O recebimento dos materiais e medicamentos deverá contemplar a conferência dos mesmos, bem como dos documentos que instrui esse momento, a saber, notas fiscais.

Após recebimento e conferência, os materiais e medicamentos, deverão ser registrados em instrumentos de controle e a seguir estocados.

O responsável pela farmácia ou o funcionário por ele determinado, deverá atestar e registrar as notas fiscais dos medicamentos recebidos;

Providenciar cópia das notas fiscais, para arquivo e encaminhar as originais para a Diretoria Administrativa/SE.

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DE ROTINA DA FARMÁCIA

O RT da farmácia deverá efetuar controle diário de estoque e informar, através de boletim interno, diariamente a condição de estoque a Direção Administrativa/SE.

Deverá também elaborar balancetes mensais para previsão de solicitação de compras, a serem entregues no 1º dia útil de cada mês a Diretoria Administrativa.

Conforme legislação, o RT da farmácia deverá manter atualizado o controle de medicamentos controlados/ psicotrópicos.

6.6 Política de Recursos Humanos

6.6.1 REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1.º – Este regulamento estabelece as regras de Recrutamento e Seleção para o preenchimento de vagas para pessoal administrativo e operacional, com recursos financeiros provenientes dos Contratos firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde nas unidades assistenciais da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Art. 2.º – O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para a função a ser preenchida.

CAPITULO II – DO PROCESSO DE SELEÇÃO

Título I – Das Competências

Art. 3º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I - aos Diretores da Organização Social, solicitar e/ou aprovar Requisição de Pessoal;

II - aos Gerentes e Coordenadores das unidades assistenciais:

a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;

b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica;

c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - à área Recursos Humanos das unidades assistenciais:

a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal;

b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão;

V – ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

TCE 1562

S. E. S
Fls: 1551
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Título II - Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4.º – O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação Gerentes e Coordenadores das unidades assistenciais, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

Parágrafo Primeiro. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

Parágrafo Segundo. A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre as unidades assistenciais e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

Parágrafo Terceiro. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:

I - Substituição de um colaborador;

II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

Seção II – Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5.º – O Recrutamento será divulgado por meio do site da Organização Social e conterão, resumidamente, as funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local para informações.

Art. 6.º – O Processo de Recrutamento e Seleção compreende as seguintes etapas:

I – Primeira Etapa: análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos;

II – Segunda Etapa: os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações:

a) Avaliação técnica, visando apurar o nível de conhecimento técnico específico, quando necessário;

b) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos;

c) Dinâmicas de grupo, jogos e provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

III – Terceira Etapa: os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante;

IV – Quarta Etapa: os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e passar por exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7.º - As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

CAPITULO III – DA READMISSÃO DE ANTIGOS COLABORADORES

Art. 8º - A admissão de antigos colaboradores somente poderá ocorrer após do decurso do prazo de 12 meses entre o desligamento e a readmissão.

Parágrafo Primeiro. Caso a readmissão seja para um serviço ou função diferente da anterior, o candidato deverá ser avaliado também pelo novo requisitante bem como possuir os pré-requisitos definidos no desenho de cargo.

Parágrafo Segundo. Toda readmissão deverá ser aprovada pela Diretoria.

CAPITULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

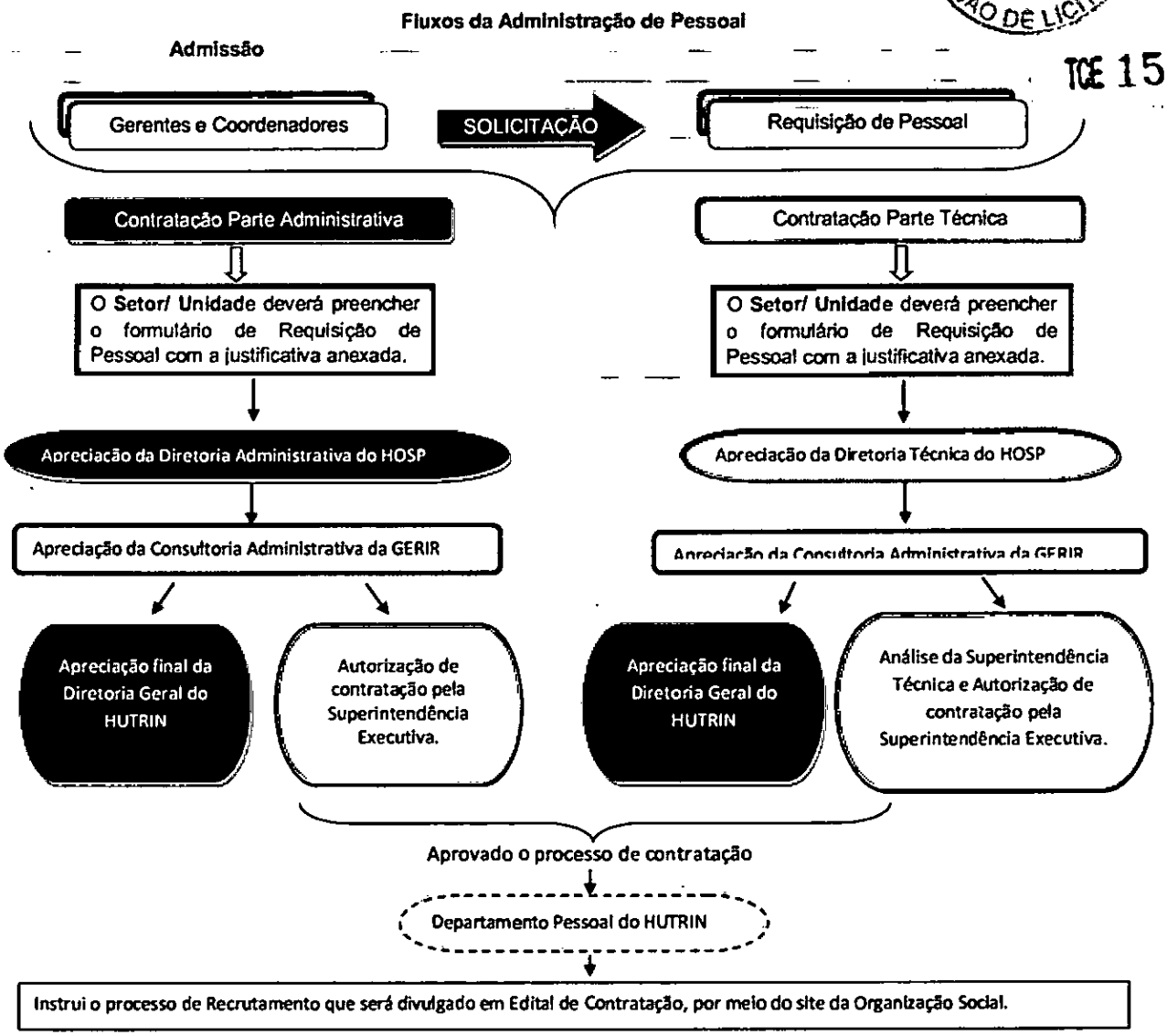
Art. 9º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 10 - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

S.E.S.
Fls: 1552
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

6.6.2 Fluxos da Administração de Pessoal

TCE 1563



Primeira Etapa

- Análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

Segunda Etapa

- Os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações: Avaliação técnica, Aplicação de testes psicológicos e psicométricos, Dinâmicas de grupo.

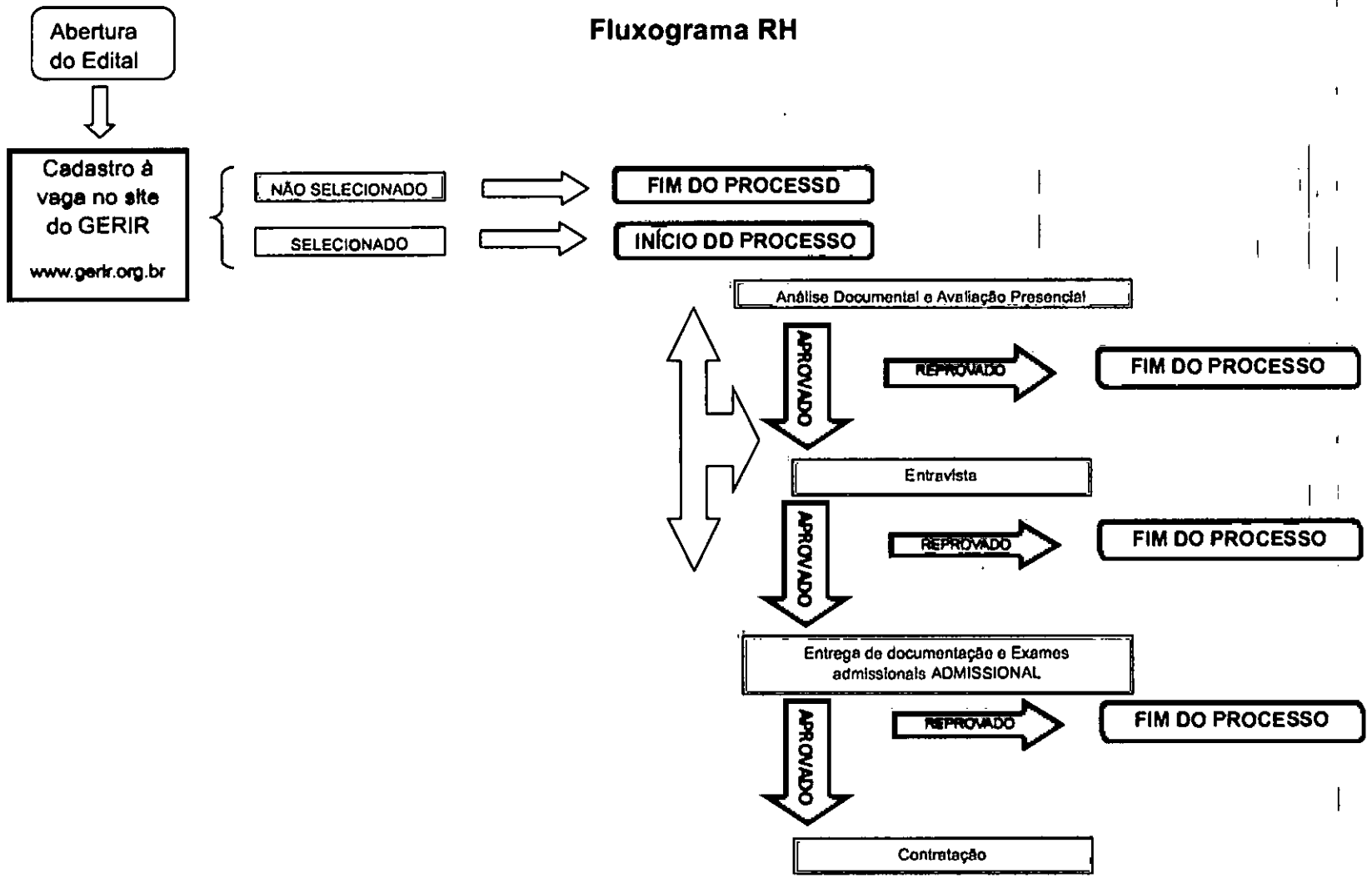
Terceira Etapa

- Os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante;

Quarta Etapa

- Os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e passar por exame médico admissional.

6.6.3 Fluxograma RH



S. E. S.
Fls: 1553
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

6.6.4 Manual de Informação aos Novos Colaboradores

O **Manual de Informação aos Novos Colaboradores** deverá ser entregue aos mesmos quando de sua admissão, sua elaboração deverá observar as seguintes informações:

APRESENTAÇÃO

Agora que você faz parte da nossa família é importante que conheça nossa instituição, que se sinta integrado e feliz entre nós.

Seja bem vindo!

Acreditamos que um bom ambiente de trabalho é fundamental e precisamos do trabalho em equipe com coleguismo, amizade e profissionalismo para conseguirmos atingir nossos objetivos.

Elaboramos este manual visando orientá-lo sobre nossa política da qualidade, nossos serviços, princípios, direitos, deveres e benefícios, além de orientações básicas visando o bem estar e a integração de todos.

Esperamos que você vista nossa camisa e fortaleça ainda mais a nossa equipe!

POLÍTICA DE QUALIDADE

A qualidade é um processo dinâmico, de constante e exaustiva operação, que visa identificar falhas na prática, e permanentemente buscar meios para solucioná-las. A melhoria contínua da qualidade estabelece padrões, que se resulta de estudos e metas da instituição, buscando o aperfeiçoamento das atividades realizadas em âmbito hospitalar.

Nossa política de qualidade se preocupa com os custos e gastos através da execução de medidas necessárias e eficazes para atingir os padrões almejados. O trabalho e o espírito em equipe se tornam totalmente necessário para o sucesso dessa gestão.

Para convivermos melhor, respeitando o outro, é indispensável seguirmos alguns deveres e responsabilidades que visam à integração de nossa equipe, um bom funcionamento do trabalho e um atendimento mais humanizado às pessoas que necessitam de nossa atenção. Desejamos que você 'vista nossa camisa'! Pois é com muita integração que se cresce e se fortalece.

USO DO CRACHÁ

O uso do crachá de identificação funcional é obrigatório. Através dele você poderá ser facilmente identificado por colegas de trabalho, sua chefia e pacientes, melhorando o relacionamento interpessoal e evitando constrangimentos.

Em caso de perda do seu crachá, comunique imediatamente ao à Coordenação de Recursos Humanos, que providenciará a sua reposição.

Em caso de desligamento da unidade o crachá deverá ser devolvido.

REGISTRO DE FREQUÊNCIA

Através da folha de ponto ou biometria, você registrará o tempo em que está no desempenho de suas atividades profissionais.

Horas extras e adicionais devem ser solicitadas pela chefia, bem como autorizadas mediante justificativa por escrito, com as devidas assinaturas e encaminhada ao setor de pessoal para as providências cabíveis.

DIREITOS E BENEFÍCIOS

Acreditamos que os Recursos Humanos constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de Saúde disponíveis em nossa instituição. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção. Nesse contexto, busca-se superar os desafios da implementação de uma Política de Atenção à Saúde com foco na qualidade e nos Recursos Humanos.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nosso intuito é contribuir com o crescimento de nossos colaboradores, assim, mantemos um programa de educação permanente onde são oferecidos: cursos, seminários, palestras, etc., para o aperfeiçoamento e desenvolvimento pessoal e profissional de acordo com as necessidades e aptidões de cada um.

ATESTADOS, LICENÇAS E BENEFÍCIOS

Caso necessite se afastar do serviço converse com a chefia imediata.

Nossa Coordenação de Recursos Humanos também está à disposição para lhe

S.E.S
Fls: 1554
Rubrica
TCE 1565

esclarecer de seus direitos e deveres.

SEGURANÇA E BOM FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS:

São seus deveres:

Desempenhar suas atividades com interesse, responsabilidade e dedicação;

Cumprir regulamentos, normas, rotinas e as técnicas em vigor em nossa instituição;

Cumprir ordens e instruções de serviço;

Cumprir o horário de trabalho previsto em contrato ou escala de trabalho;

Participar das reuniões convocadas pela direção e superiores hierárquicos;

Zelar pela manutenção e conservação de todo o material sob sua responsabilidade;

Executar as atividades propostas pelas chefias com interesse, cooperação, participação e presteza;

Manter conduta pessoal e profissional condizente com sua função;

Respeitar a hierarquia, procurando manter um ambiente de harmonia;

Atender todos os clientes da instituição, seus familiares e visitantes de maneira cordial;

Manter o sigilo e a ética que rege a área da Saúde.

Aqui é proibido:

Tratar de assuntos particulares durante o horário de expediente;

Comentar entre colegas ou estranhos, assuntos sigilosos da instituição;

Introduzir visitantes por acessos não autorizados;

Utilizar material ou equipamento da instituição para prestar serviços particulares;

Atender vendedores, bem como efetuar qualquer tipo de venda nas dependências da instituição;

Ingerir bebidas alcoólicas, fumar ou praticar jogos de azar no horário de trabalho e ou nas dependências da instituição;

Ausentar-se do trabalho sem o conhecimento e consentimento da chefia imediata.

SEGURANÇA NO TRABALHO

Segurança do trabalhador

Nosso hospital entende que os resultados, para serem bons, têm que ser obtidos sem comprometimento da integridade física e mental dos seus colaboradores. O seu grande objetivo é fazer com que todos os dias, os seus servidores retornem aos seus lares com saúde.

Segurança do Paciente

Acreditamos que na prevenção de acidentes do trabalho TODOS SOMOS RESPONSÁVEIS.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar conta com sua colaboração para que o hospital mantenha um adequado programa de prevenção e controle de infecções.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes é formada por representantes de empregador e dos empregados que, em conjunto com o SESMT, orienta e inspeciona local de trabalho, analisando, prevenindo e tomando providências para que as condições ambientais sejam cada vez melhores.

Todo ano se realiza a SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – Trata-se de uma realização anual, promovida com o objetivo de levar informações para a prevenção de acidentes do trabalho. Ocorre através de palestras e debates com pessoas especializadas em condições ambientais e doenças ocupacionais, e assuntos outros relacionados ao bem estar físico e psicológico dos funcionários.

MENSAGEM FINAL

Queremos que você se sinta bem por fazer parte de nossa história.

Contamos com sua cooperação, pois acreditamos em você para que possamos prestar um atendimento de qualidade.

A Coordenação de Recursos Humanos está à sua disposição para ajudá-lo no que for preciso e prestar-lhe esclarecimentos sobre eventuais dúvidas.

Sua missão como colaborador começa agora. Seu sucesso profissional depende muito de você, de seus conhecimentos, atitudes, disposição e, de sua capacidade em assumir responsabilidades.

Seja bem-vindo e Bom trabalho!

1555
Rubrica
TCE 1566

6.6.5 Condutas de Estímulo e Controle com o Colaborador

Apuração da frequência diária do trabalhador:

A Frequência será realizada inicialmente de forma manual, conforme modelo anexo, pois se faz necessário a apuração de frequência diária, dentro do horário fixado em Lei, respeitando a escala de trabalho e o descanso remunerado do cada colaborador, denominada Folha de Registro de Comparecimento

Após três meses do início do projeto será implantado o Registro Eletrônico de Ponto (REP). É um sistema que apresenta vantagens frente aos meios manuais, considerando que haverá mais facilidade na aferição da jornada de trabalho dos colaboradores, pela velocidade na transmissão das informações para o sistema de folha de pagamento e na veracidade dos dados.

Absenteísmo:

Objetivando combater absenteísmo e estimular a produção serão trabalhadas ações referidas na proposta de Educação Permanente e nas ações estratégicas do modelo gerencial. O Colaborador está inserido como sujeito transformador das práticas e não como mero expectador ou executor das ações:

- Facilitar a participação e o acesso dos trabalhadores de saúde e do controle social na resolução dos problemas de saúde;
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades;
- Envolver os trabalhadores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança;
- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência.

O SESMT, articulado a área de desenvolvimento de Recursos Humanos e a Psicologia, fará também um aporte em relação a atestados médicos emitidos.

A Gestão da Informação deve elaborar gráficos apontando as ausências mensais por setor e por área profissional.

A área de psicologia e serviço social vai trabalhar as dificuldades do colaborador em assumir suas responsabilidades nos trabalhos, demonstrando compreensão com a sua problemática, mas também o quanto o usuário do serviço fica prejudicado com a ausência do colaborador.

Os colaboradores precisam sentir que são envolvidos no processo para reconhecer a importância de suas ações e mais precisam validar as decisões do processo assistencial.

Avaliações de Desempenho:

As avaliações de desempenho serão trabalhadas a partir das capacitações realizadas e do desempenho propriamente dito do trabalhador na sua área de atuação. Serão avaliados, com FICHA de AVALIAÇÃO de DESEMPENHO:

Inserção do colaborador nos trabalhos em equipe; participação nas capacitações; iniciativa nas ações; relacionamento com a equipe de trabalho e com o usuário dos serviços; cooperação nas ações; absenteísmo; adesão às novas práticas.

Objetivando estimular a produção e a inserção do colaborador, a Diretoria Colegiada deve apresentar sugestões voltadas a índices de produtividade, adaptando o instrumento preconizado pela SES/GO.

ESCALA MÉDICA

DIURNO 07:00 as 19:00 hs	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Noturno 19:00 as 07:00	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO

GERIR

HUTRIN

GERIR SUS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GOVERNO DE GOIÁS

Unidade:			Mês : DEZEMBRO					Ano: 2013					Elaborado por:										Chefia:									
NOME DO SERVIDOR	Horário	Intervalo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T

LEGENDA: F - Folga e Férias / L - Licença / P - Plantão Diurno de 12h / N – Plantão Noturno de 12h
Diaristas segunda a sexta: D Diarista (8h) M Diarista Matutino(6h) T Diarista Vespertino (6h)

S.E.S. Fls. 1556 Rubrica

TCE 1567

GERIR

HUTRIN GERIR SUS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GOVERNO DE GOIÁS

FOLHA DE REGISTRO DE COMPARECIMENTO

NOME:		HUTRIN
ORIGEM / VÍNCULO:	LOTAÇÃO:	
FUNCAO:	REFERÊNCIA: DEZEMBRO/2013	

DIA	ENTRADA		SAÍDA		DIA	ENTRADA		SAÍDA	
	HORA	RUBRICA	HORA	RUBRICA		HORA	RUBRICA	HORA	RUBRICA
01					17				
02					18				
03					19				
04					20				
05					21				
06					22				
07					23				
08					24				
09					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

ASSINATURA DO SERVIDOR

DATA

RUBRICA DA CHEFIA

S.E.S
Fls: 1557
Rubrica

6.6.6 Educação Permanente e Formação em Serviço

Politica de Educação Permanente no SUS

TCE 1568

O **Instituto GERIR** em sua proposta de trabalho apresenta a proposta de criação da Comissão de Educação Permanente, como estratégia de vencer desafios estruturantes do SUS em todos os serviços ofertados na unidade de saúde, enfatizando a atenção a saúde de Urgência e Emergência.

O Sistema Único de Saúde tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância, com resultados inquestionáveis para a população brasileira. Mas os problemas persistem e precisam ser enfrentados para que o SUS seja um sistema público universal com serviços de qualidade. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar, como o desafio da universalização; do financiamento; do modelo institucional; do modelo de atenção à saúde; da gestão do trabalho; e da participação social.

Um dos problemas a ser enfrentado refere-se à distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência, agravadas com a situação de maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, que por outro lado, não significa garantia efetiva de oferta e acesso à população.

Outro desafio está no processo de trabalho extenuante que, associado a problemas de qualificação e capacitação e a outros conflitos próprios das relações de trabalho e da organização do atendimento (carência de protocolização, acolhimento e classificação de risco), implicam em baixa resolubilidade da assistência e na desumanização das relações entre trabalhadores da saúde e o binômio paciente-família. Com isso, há a manutenção de alta demanda na unidade de saúde, principalmente nos serviços de urgência e emergência, interferindo na qualidade da assistência, e, por conseguinte, na resolutividade da assistência à saúde.

As ações de educação permanente visam garantir o acolhimento, atenção à saúde de qualidade e resolutiva para as pequenas e médias urgências, bem como atendimento ambulatorial cabível, estabilização e referência e contrarreferência adequada de pacientes que requerem assistência em outro nível de atenção do SUS, obedecendo ao sistema de regulação e pactuação do município.

Para isso o **Instituto GERIR** irá realizar fóruns de debates e discussão visando implementar uma Política de Educação Permanente em Saúde, com os recursos humanos do hospital, instituições formadoras, Gestão Estadual e Municipal de Saúde.

Nesta perspectiva, o Instituto GERIR decidiu-se pela adoção de uma **Política de Educação Permanente** no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador e estratégia mobilizadora de recursos e de poderes para o fortalecimento do sistema. Para isso, é necessário considerar a importância da atuação conjunta da tríade ensino-serviço-realidade, a fim de criar espaços de diálogo, que culminem em gestão participativa, e fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

No Brasil a saúde é um setor que vem protagonizando significativo processo de reforma de Estado, tendo como autores e atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela reforma sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde quanto no campo da formação de profissionais.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.

Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

A Educação Permanente em Saúde como Noção Estratégica na Formação e Desenvolvimento para o SUS

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- a democratização institucional;
- o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- o trabalho em equipes matriciais;
- a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente. Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a construção de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

O conjunto da rede de ações e serviços de saúde, entretanto, precisa incorporar as noções de saúde da família, funcionando como *cadeia do cuidado progressivo à saúde*, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento.

TCE 1570
S.E.S 1559 Rubrica

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde pressupõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

A educação permanente é a proposta mais apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação.

O processo de educação permanente, implementado no SUS, deve priorizar:

♦ as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde;

♦ as equipes de urgência e emergência;

♦ as equipes de atenção e internação domiciliar;

♦ as equipes de reabilitação psicossocial;

♦ o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal;

♦ os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde, a revisão de seu papel no ensino e seu apoio docente e tecnológico ao desenvolvimento do sistema de saúde;

♦ o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde;

♦ ações educativas específicas resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do respectivo Conselho de Saúde.

As capacitações pontuais, na educação permanente em saúde, não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas ocorrem na dimensão das equipes de trabalho e da gestão do trabalho. Precisa-se, assim, propiciar em sua implementação a discussão sobre os *programas* e o sistema de saúde, as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção à saúde, os protocolos de atenção à saúde e a clínica ampliada, criando, continuamente, processos de análise e de problematização.

Deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho – as chamadas capacitações tradicionais –, sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e da educação que pensa a produção de mundo. Para interagir no mundo da vida e no mundo do trabalho, há de se inserir processos de reflexão crítica, que são a base para uma educação que considera o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, de sentir e de querer dos atores sociais.

A educação permanente em saúde deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Portanto, a negociação entre serviços de saúde e instituições formadoras, nesta perspectiva, possibilita, aos gestores, o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde, partindo da necessidade e realidade do Hospital. O que se pretende é introduzir o sentido de roda em cada território locorregional, para que se possa debater, a partir dos pontos frágeis e fortes apresentados, e, implementar plano de ação mais efetivo, sem pormenorizar as variáveis interelacionadas e interdependes própria do plano de ação (identificação dos problemas que requer intervenção e/ou manutenção potencialidades apresentadas, conteúdo, meta, atores, procedimentos, recursos e avaliação) garantindo maior impacto de atuação. Neste contexto, visa ainda, implementar, protocolos de segurança do paciente, sendo eles: prevenção de quedas, identificação do paciente, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, higiene das mãos e úlcera por pressão.

As articulações interinstitucionais para a educação permanente em saúde se constituirão em espaços de planejamento, gestão e de mediação para que as diretrizes políticas de ordenação da educação para o SUS se materializem de forma agregadora e direcionada, em sintonia com as peculiaridades locorregionais. O conjunto de atores envolvidos se constitui como interlocutor permanente nos diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória.

A estreita sintonia entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e os Conselhos Nacionais de ambos os setores é condição importante à aliança com os gestores e serviços do SUS, com as instituições formadoras e com as instâncias de controle social em saúde.

S.E.S.
Fls: 1560
Pública
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1571

Educação em Saúde

O Instituto GERIR irá desenvolver ações intersetoriais principalmente com a área da Educação Municipal objetivando trabalhar ações capazes de prevenir danos e agravos, e, de promover saúde: drogadição, gravidez na adolescência, violência e acidentes. A parceria com atores setoriais e intersetorias é fundamental para o sucesso destas ações.

A gestão da Educação Permanente em Saúde será realizada pela **Coordenação de Recursos Humanos,** na qual promoverá:

♦ Espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;

♦ lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

Dentre outros, são autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da Educação Permanente em Saúde:

♦ gestores estaduais e municipais;

♦ universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;

♦ Escolas de Saúde Pública (ESP);

♦ Centros Formadores (CEFOR);

♦ Núcleos de Saúde Coletiva (NESC);

♦ Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS);

♦ Hospitais de ensino;

♦ Estudantes da área de saúde;

♦ Trabalhadores de saúde;

♦ Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde;

♦ Movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Neste cenário, o programa de Educação permanente irá desenvolver as ações a partir de planejamento que alcance a integralidade da atenção, envolvendo o conceito ampliado de saúde, a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais; o conhecimento sobre a realidade; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial; o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária).

A Coordenação de Recursos Humanos irá propor ações de educação a partir da realização do diagnóstico situacional, para identificação de pontos fortes e frágeis, posteriormente, esses serão categorizados e descritos em temas. Dentre os possíveis temas a ser trabalhados haverá prioridade aqueles relacionadas a qualidade e com potencial relevante e transformador tanto no âmbito assistencial quanto gerencial: relacionamento de interpessoal, trabalho em equipe, segurança do paciente, humanização, assistência de qualidade, entre outros.

É importante ressaltar que na perspectiva de humanização, serão adotadas medidas para reorganização do processo de trabalho dos servidores do hospital. Essas medidas permearão e buscarão a melhoria e/ou manutenção do relacionamento interpessoal, compartilhamento das dificuldades e desenvolvimento do trabalho em equipe. Diante do contexto das dificuldades de assistência de saúde apresentadas no cenário nacional, bem como municipal as possíveis ações de educação permanente serão planejadas a partir dos temas supracitados.

Desenvolvimento das Ações

Reafirmando as diretrizes:

A educação na área da saúde vem passando por muitas mudanças em suas concepções e conceitos, paralelamente à evolução que vem ocorrendo em todas as ciências, sofrendo influência direta do momento sócio-econômico-político do país.

TCE 1572
S.E.S
Fls. 1561

A Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. Com este intuito, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Ainda nesta perspectiva a Educação Permanente é considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população. (MASSAROLI, 2008).

Neste sentido propõe-se a **implantação no Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN de um Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos, utilizando-se de metodologia participativa, ancorada nos pilares da educação permanente**, que tem por objetivo estabelecer um projeto de trabalho educacional com ênfase no cotidiano do trabalho construindo, assim, um espaço coletivo para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no processo laboral, a fim de definir diretrizes capazes de alcançar a qualidade da atenção à saúde de forma sistêmica, bem como da satisfação profissional.

Na proposta da educação permanente, a capacitação das equipes, os conteúdos das ações formativas, as tecnologias e metodologia a serem utilizadas devem ser determinadas a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos, método e tecnologias estabelecidas. A Educação Permanente se baseia na aprendizagem significativa, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Geralmente isso ocorre quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo que já sabíamos antes.

Neste sentido, propõe-se que no HUTRIN a educação permanente seja trabalhada inovando as técnicas e as ações de educação em saúde até então utilizadas, por meio de um processo descentralizado, ascendente, transdisciplinar e, principalmente, intersetorial, com o objetivo de incentivar a capacidade de aprendizagem, o enfrentamento criativo das demandas e as necessidades de saúde, colocando em pauta os modos de pensar e sentir dos trabalhadores. Com isso, pode-se criar a habilidade de sair de si mesmo para entender o outro e assim reformular a teoria do sujeito, respeitando a sua particularidade. E no que se refere à instituição, será possível entender o espaço coletivo de decisões, objetivando assim um trabalho efetivo.

Entende-se que esse tipo de visão reduz a desintegração entre a instituição e o colaborador, bem como colaborador com colaborador, pois utiliza nova abordagem gerencial, no qual se dá resposta aos problemas do cotidiano de trabalho, enfatizando assim ideias comuns, valores e formas de trabalho, que buscam coletivamente alternativas que harmonizam e motivam o processo de trabalho.

Somente assim poderão ser estabelecidas normatizações e padronização das práticas assistenciais, bem como comportamentais, que atendem as exigências da gestão, como das legislações vigentes. É importante considerar que a instituição tem uma cultura e, a partir do seu entendimento e reconhecimento, poderão ser evidenciadas as diferentes maneiras que os componentes da instituição se relacionam com os clientes internos e externos, traçando um plano de trabalho de desenvolvimento de recursos humanos que engloba a educação permanente, os treinamentos, acolhimento e as atividades culturais.

Faz-se necessário, também, envolver os colaboradores e principalmente os chefes ou gerentes das unidades hospitalares, transmitindo-lhes as estratégias a serem seguidas para que internalizem estes princípios e adequem suas ações, de forma a satisfazer aos fins da unidade.

Com planejamento, organização, direção, treinamento, execução e controle adequados será possível garantir que o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN seja implantado, garantindo assim tomadas de decisões mais corretas e atualizadas.

S. E. S.
Fls: 1562
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1573

DESENVOLVIMENTO

Para o desenvolvimento do Plano de Recursos Humanos do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN propõe-se:

- o estabelecimento de uma articulação com a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, em nível central e regional, para realização de um diagnóstico dos pontos fortes e frágeis da educação permanente em âmbito local;
- de posse desse diagnóstico articular-se com as instituições de ensino presentes na região e com os conselhos das entidades da área da saúde (CRM, CREFITO, COREN, CRN, CRF) para o desenvolvimento das capacitações identificadas como necessárias ao HUTRIN, que devem englobar as especificidades de cada área.

Atividades de Educação Permanente:

Capacitação da Área Médica; Área de Enfermagem; Outros Profissionais de Saúde de Nível Superior e Multi/transdisciplinar e Área Técnica/nível Médio do HUTRIN, em:

Acolhimento com Classificação de Riscos;

Humanização da Atenção;

Gestão de Leitos;

Acolhimento Familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

Protocolo Cirurgia Segura;

Custos Hospitalares.

Atividades de Formação em Serviço:

Trabalhar parcerias com Instituições Formadoras objetivando otimizar e implementar cursos de pós graduação, Lato Sensu, abrangendo a Especialização, 360 horas/aula, com a monografia trabalhada no serviço, para a Área Médica; Área de Enfermagem; Outros Profissionais de Saúde de Nível Superior do HUTRIN, em:

- Gestão em Saúde;
- Redes de Urgência e Emergência;
- Regulação Assistencial.

Trabalhar parcerias com Instituições Formadoras objetivando otimizar e implementar Cursos de Especialização Técnica, destinados a graduados de cursos técnicos do segundo grau ou nível médio do HUTRIN, tendo por objetivo preparar especialistas em setores restritos das atividades profissionais. Estes cursos terão uma carga de 360 horas-aula, em:

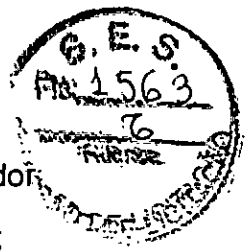
Pronto Atendimento;

Unidade de Terapia Intensiva;

Cuidados com o Paciente Politraumatizado.

AÇÕES:

- Elaborar o Plano de Educação Permanente do HUTRIN com ênfase no cotidiano do trabalho, englobando a área médica, de enfermagem, outros profissionais de saúde de nível superior e a área técnica, com abordagem transdisciplinar;
- Organizar estratégias de capacitação com foco em novas abordagens metodológicas;
- Motivar o trabalhador para uma atividade profissional eficaz e eficiente;
- Conscientizar o trabalhador da importância das capacitações e da prática assistencial segura;
- Montar o grupo de acolhimento dos recém-contratados, residentes e estagiários;
- Avaliar e adequar o ambiente de ensino/aprendizagem;
- Montar a equipe multidisciplinar de educação permanente;
- Elaborar o cronograma de atividades;
- Desenvolver o regimento interno das atividades de educação permanente;
- Padronizar as práticas assistenciais e comportamentais;
- Mobilizar os chefes ou gerentes das unidades para a importância do plano de desenvolvimento de recursos humanos;



- Instituir um método de avaliação de desempenho do trabalhador;
- Estabelecer um plano de qualidade das práticas assistenciais;
- Conhecer e discutir as normas e rotinas existentes na instituição, com a finalidade de avaliar sua pertinência, validá-las ou propor alterações para subsidiar o planejamento dos temas a serem abordados nos treinamentos;
- Pactuar com as gerências o cronograma de treinamento;
- Pactuar ações com unidades de ensino superior e outros parceiros, promovendo convênios para pós-graduações, mestrados e doutorados;
- Criar momentos culturais, nas datas festivas e nos dias comemorativos das profissões aqui existentes, com objetivo de valorização profissional.

Cronograma anual de atividades

Atividades	Fase de Operacionalização											
	2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões com as equipes	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Auditorias Internas		■		■		■		■		■		■
Palestras de Sensibilização			■	■								
Diagnóstico Organizacional									■	■		
Avaliação								■			■	■

6.6.7 Dimensionamento e Organização da Força de Trabalho

O Instituto de Gestão em Saúde vem propor um dimensionamento da força de trabalho junto ao Hospital de Urgências de Trindade/HUTRIN, de forma a tornar o atendimento mais humanizado, com a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população da região.

A otimização da alocação da força de trabalho de uma organização é fundamental para atingir níveis satisfatórios de produtividade, custos e competitividade. O planejamento e o dimensionamento da força de trabalho assumem papel fundamental dentro das instituições de assistência à saúde, pois, mediante a proposta de objetivos e metas num criterioso processo interno de planejamento, se busca adequar as necessidades da instituição à realidade conjuntural.

O planejamento de investimentos em capital humano objetiva o alcance de níveis satisfatórios no desempenho e nos resultados, de maneira a interferir diretamente na excelência e qualidade do atendimento dispensado. Igualmente, atende não só suas próprias necessidades, como as de seus clientes internos e externos e, principalmente, ao bem-estar e autoestima dos profissionais que compõem o quadro funcional das instituições.

As dificuldades internas em seus múltiplos aspectos provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos. É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas. Dessa maneira, entender a organização da força de trabalho tem como eixo a estrutura organizacional dos serviços, tendo por base pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade são consideradas reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na Unidade, o que vem ressaltar a importância de se estruturar efetivamente introduzindo uma administração descentralizada e desburocratizada, a qual tende a contribuir para a promoção da humanização do atendimento ao usuário do SUS.

Para tanto, avaliar e formular a organização da força de trabalho significa considerar saúde pública em sua amplitude, e incentivar colaboradores e dirigentes do **Instituto GERIR** a estabelecerem um processo permanente de interação.

Inserido neste contexto, o **Instituto GERIR** apresenta o dimensionamento e organização da força de trabalho, por meio de quadros, com descrição das categorias profissionais, vínculo empregatício, regime trabalhista e carga horária a ser desempenhada.

S. E. S.
Fls: 1564
Rubrica

Os itens do quadro de pessoal médico e pessoal técnico estão contemplados na Planilha Geral de RH abaixo descrita, construída a partir das necessidades de RH para o Modelo Gerencial Proposto.

O quadro de Recursos Humanos do HUTRIN será contratado na forma da Consolidação das Leis o Trabalho, CLT.

O quadro de pessoal médico terá duas modalidades de contratação: Consolidação das Leis o Trabalho, CLT e Serviço de Terceiros, Pessoa Jurídica, por meio de empresas, correlatas à área de atuação.

6.6.7.1 Quadro com Especificação de Pessoal para Unidades Assistenciais e de Apoio Assistencial

ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (PRONTO SOCORRO)
Médico Clínico/Generalista
Médico Ortopedista
Médico Cirurgião Geral
Enfermeiro
Técnico de Enfermagem
Assistente Social
Auxiliar Administrativo
Maqueiro
Auxiliar de Serviços Gerais
Segurança
Recepcionista
BLOCO CIRÚRGICO
Anestesista
Médico Cirurgião Geral e Especialidades
Enfermeiro
Técnico Enfermagem
Médico Gineco Obstetra
UCI
Médico Intensivista
Enfermeiro
Técnico Enfermagem
Fisioterapeuta
Assistente Social
Auxiliar Administrativo
Auxiliar de Serviços Gerais

ATENÇÃO EM ESPECIALIDADES CLÍNICAS
Médico Clínico
Médico Cardiologista
Médico Urologista
Enfermeiro
Técnico de Enfermagem
Fisioterapeuta
Assistente Social
Auxiliar Administrativo
Auxiliar de Serviços Gerais
ATENÇÃO EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
Médico Cirurgião Geral
Médico Ortopedista
Médico Gineco Obstetra
Enfermeiro
Técnico Enfermagem
Fisioterapeuta
Assistente Social
Auxiliar Administrativo
Auxiliar de Serviços Gerais
EQUIPE APOIO ASSISTENCIAL
Médico Endocrinologista
Médico Cirurgião Vascular
Médico Urologista
Médico Radiologista
Médico Pediatra
Psicólogo
Nutricionista Clínica
Farmacêutico/Bioquímico
Técnico Farmácia
Técnico Radiologia
Fonoaudiólogo
Técnico de Laboratório

6.6.7.2. Quadro com Especificação de Pessoal para Área Administrativa e Unidades de Apoio Técnico

PROFISSIONAIS – ADMINISTRAÇÃO	PROFISSIONAIS ÁREAS DE APOIO
Diretor Geral	Auxiliar de Lavanderia
Diretor Técnico	Técnico em Eletrônica ou Técnico em Manutenção de Equipamentos Biomédicos
Diretor Administrativo e Financeiro	Nutricionista (Produção)
Gerente de Enfermagem	Cozinheiro
Chefia de Seção de Unidades	Auxiliares de Cozinha
Auxiliar de Serviços Gerais	Copeiro
Recepcionista	Despenseiro
Secretária	Auxiliar de Estoque (Almoxarifado)
Segurança	Auxiliar de Manutenção
Auxiliar Administrativo	Maqueiro
Auxiliar de Serviços Gerais	Enfermeiro
EQUIPE TRANSPORTE SANITÁRIO	Técnico Enfermagem
Condutor	Auxiliar de Serviços Gerais
Técnico de Enfermagem	Auxiliar Administrativo

6.6.7.3 Quadro resumo do Dimensionamento e Distribuição da Força de Trabalho segundo Regime de Trabalho, Carga horária semanal

PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR			
	(DIÁRIO/PLANTÃO)	SEMANAL	
Diretor Geral	Diário	44 horas	Administração
Diretor Técnico	Diário	44 horas	Administração
Diretor Administrativo e Financeiro	Diário	44 horas	Administração
Gerente de Enfermagem	Diário	44 horas	Administração
Chefia de Seção de Unidades	Diário	44 horas	Administração e técnico
Enfermeiro	Plantão	30 horas	Bloco Cirúrgico
	Plantão	30 horas	Pronto Socorro
	Plantão	30 horas	UCI
	Plantão	30 horas	Especialidade Clinica
	Diário	30 horas	Área Apoio
	Plantão	30 horas	Especialidade Cirúrgica
	Plantão	30 horas	Classificação Risco
Assistente Social	Plantão	30 horas	
	Plantão	30 horas	UCI
	Plantão	30 horas	
	Plantão	30 horas	Especialidade Clinica
Fisioterapeuta	Plantão	30 horas	Especialidade Cirúrgica
	Plantão	30 horas	Especialidade Clinica
	Plantão	30 horas	UCI
Fonoaudiólogo	Diário	30 horas	Apoio Assistencial
	Diário	30 horas	Apoio Assistencial
Farmacêutico/Bioquímico	Diário	30 horas	Apoio Assistencial
	Diário	30 horas	
	Plantão	24 horas	
	Plantão	24 horas	UCI
Medico Clinico	Plantão	24 horas	Especialidade Clinica
Medico Ortopedista	Plantão	24 horas	Pronto Socorro
	Plantão	24 horas	Especialidade Clínica
Medico Cirurgião Geral	Plantão	24 horas	
	Plantão	24 horas	
	Plantão	24 horas	
	Plantão	24 horas	
	Diário	4 horas	Especialidade Clinica
Médico Ginecologista e Obstetra	Plantão	24 horas	Especialidade Cirúrgica
	Plantão	24 horas	
	Plantão	24 horas	Bloco Cirúrgico
Medico Endocrinologista	Diário	4 horas	Apoio Assistencial
Medico Radiologista	Diário	4 horas	
Medico Cirurgião Vascular	Plantão	24 horas	Apoio Assistencial

GERIR

PROFISSIONAL NÍVEL TÉCNICO			
Técnico de Enfermagem	Plantão	30 horas	Bloco Cirúrgico
	Plantão	30 horas	Pronto Socorro
	Plantão	30 horas	Especialidade Clinica
	Plantão	30 horas	Especialidade Cirúrgica
	Plantão	30 horas	Área de Apoio
	Plantão	30 horas	UCI
	Plantão	30 horas	Transporte Sanitário
Técnico de Laboratório	Plantão	30 horas	Apoio Assistencial
Técnico de Radiologia	Plantão	24 horas	Apoio Assistencial
Técnico de Eletrônica ou Manutenção	Plantão	40 horas	Área de Apoio
Técnico de Farmácia	Plantão	40 horas	Apoio Assistencial
OUTROS PROFISSIONAIS			
Auxiliar Administrativo	Plantão	40 horas	Pronto Socorro
	Plantão	40 horas	Especialidade Clinica
	Diário	40 horas	Administração
	Plantão	40 horas	Especialidade Cirúrgica
	Plantão	40 horas	UCI
	Diário	40 horas	Área de Apoio
Auxiliar de Estoque (almoxarifado)	Diarista	40 horas	Área de Apoio
Auxiliar de Serviços Gerais	Plantão	44 horas	Pronto Socorro
	Plantão	44 horas	Especialidade Cirúrgica
	Plantão	44 horas	Especialidade Clinica
	Plantão	44 horas	Bloco Cirúrgico
	Plantão	44 horas	UCI
	Diário	44 horas	Administração
	Plantão	44 horas	Área de Apoio
Recepcionista	Diário	40 horas	Administração
Cozinheiro	Plantão	44 horas	Área de Apoio
Auxiliar de Cozinha	Plantão	44 horas	Área de Apoio
Despenseiro	Plantão	44 horas	Área de Apoio
Copeiro	Plantão	44 horas	Área de Apoio
Maqueiro	Plantão	44 horas	Pronto Socorro
	Plantão	44 horas	Área de Apoio
Condutor	Plantão	44 horas	Transporte Sanitário
Faturista	Diário	40 horas	Administração
Auxiliar de Lavanderia	Plantão	44 horas	Áreas de Apoio
Auxiliar de Manutenção	Plantão	44 horas	Áreas de Apoio

GERIR

TCE 1577

Planilha de custos relativa ao pessoal, com as especificações dos cargos, valores de remuneração, demais vantagens e encargos

Cargos	Valor da Remuneração	Demais vantagens	Encargos	Total
Assistente Social	R$ 1.845,00		89,50%	R$ 3.496,28
Auxiliar Administrativo	R$ 902,50		89,50%	R$ 1.710,24
Auxiliar de Cozinha	R$ 678,00		89,50%	R$ 1.284,81
Auxiliar de Estoque (almoxarifado)	R$ 678,00		89,50%	R$ 1.284,81
Auxiliar de Lavanderia	R$ 678,00		89,50%	R$ 1.284,81
Auxiliar de Manutenção	R$ 678,00		89,50%	R$ 1.284,81
Auxiliar de Serviços Gerais	R$ 678,00		89,50%	R$ 1.284,81
Chefia de Seção de Unidades (Adm)	R$ 1.190,00	R$ 950,00	89,50%	R$ 4.055,30
Chefia de Seção de Unidades (Tec)	R$ 2.780,00	R$ 1.500,00	89,50%	R$ 8.110,60
Condutor	R$ 678,00		89,50%	R$ 1.284,81
Copeiro	R$ 678,00		89,50%	R$ 1.284,81
Cozinheiro	R$ 678,00		89,50%	R$ 1.284,81
Despenseiro	R$ 678,00		89,50%	R$ 1.284,81
Diretor Administrativo e Financeiro	R$ 12.430,00		89,50%	R$ 23.554,85
Diretor Geral	R$ 14.890,00		89,50%	R$ 28.216,55
Diretor Técnico	R$ 12.430,00		89,50%	R$ 23.554,85
Enfermeiro	R$ 2.750,00		89,50%	R$ 5.211,25
Farmacêutico/Bioquímico (30h)	R$ 2.358,00		89,50%	R$ 4.468,41
Faturista	R$ 1.180,00		89,50%	R$ 2.236,10
Fisioterapeuta	R$ 2.540,58		89,50%	R$ 4.814,40
Fonoaudiólogo	R$ 2.340,80		89,50%	R$ 4.435,82
Gerente de Enfermagem	R$ 2.750,00	R$ 1.950,00	89,50%	R$ 8.906,50
Maqueiro	R$ 790,00		89,50%	R$ 1.497,05
Nutricionista	R$ 1.847,22		89,50%	R$ 3.500,48
Psicólogo	R$ 2.492,95		89,50%	R$ 4.724,14
Recepcionista	R$ 902,50		89,50%	R$ 1.710,24
Técnico de Eletrônica ou Manutenção	R$ 1.368,00		89,50%	R$ 2.592,36
Técnico de Enfermagem	R$ 1.020,00		89,50%	R$ 1.932,90
Técnico de Farmácia	R$ 902,50		89,50%	R$ 1.710,24
Técnico de Laboratório	R$ 1.618,90		89,50%	R$ 3.067,82
Técnico de Radiologia	R$ 1.583,89		89,50%	R$ 3.001,47
Médico - CLT (24h/sem)	R$ 5.233,00	R$ 1.950,00	89,50%	R$ 13.611,79
Médico - Empresa PJ	R$ 5.233,00	R$ 1.950,00	89,50%	R$ 13.611,79

6.7 Ciência e Tecnologia

A **Constituição Federal,** em seu artigo 200, estabelece o incremento do **desenvolvimento científico e tecnológico** entre as competências do SUS. Nesse contexto, o Instituto GERIR considera desafiador conciliar o complexo universo da Saúde Pública, com o diversificado campo da Ciência e Tecnologia, a fim de se converter a produção científica em ações de prevenção e controle de agravos à saúde.

O desenvolvimento tecnológico e científico deve estar voltado às necessidades de saúde da população, com o objetivo de desenvolver e otimizar os processos de absorção de conhecimento científico e tecnológico. No entanto, deve se evitar uma visão reducionista ou utilitarista da pesquisa, promovendo o reconhecimento da complexidade dos processos de produção do conhecimento científico e tecnológico.

O **Instituto GERIR** apresentou no **item 2.3.5** da presente proposta, o **Projeto de Tecnologia da Informação** com vista à melhoria do atendimento ao usuário e ao controle gerencial da unidade.

Ensino e Pesquisa em Saúde

O **Instituto GERIR** compreende que inserção das instituições de assistência à saúde em atividades de ensino e pesquisa constitui ferramenta imprescindível para o crescimento profissional e pessoal, além de contribuir como atividade de relevância social. Nesse sentido, o desenvolvimento e a coordenação de atividades de estágios e pesquisas realizadas no Hospital, bem como a participação em pesquisas em saúde, são considerados primordiais. O estágio curricular vincula-se ao conteúdo de formação profissional proposta pela entidade de ensino. Tem por objetivo a oferta de complementação aos estudos teóricos. È um período indispensável ao aprendizado para a qualificação como futuro profissional, permitindo integração da formação teórica e prática.

A geração e a difusão de conhecimento para benefício da sociedade é incentivada pela participação de profissionais, de diversas áreas do **HUTRIN**, nas atividades de Ensino e Pesquisa da SES/GO, obedecendo sempre aos princípios da bioética, a beneficência, a justiça, a não maleficência e a autonomia.

O **Instituto GERIR** pretende promover a produção do conhecimento com aprimoramento profissional, promovendo a atualização profissional, pesquisas, visando o desenvolvimento da saúde e manter a capacitação permanente de profissionais aliado à congregação dos profissionais que venham a se dedicar à transferência de conhecimento e a evolução técnico científica da área da saúde.

Além disso, induzir o desenvolvimento tecnológico da pesquisa em saúde pública, na perspectiva de promover a melhoria do desempenho do SUS por intermédio de projetos institucionais que resultem em produtos/tecnologias capazes de transformar o conhecimento produzido nas pesquisas em instrumento operacional na resolução de problemas de saúde, bem como capacitação permanente e qualificação dos profissionais de saúde, tanto lotados no **HUTRIN** como em outras unidades dos SUS e promover a melhoria das condições e também a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo **HUTRIN** aos seus clientes que é a razão de ser da Unidade Assistencial, tais como: melhoria das instalações físicas, equipamentos e tecnologias destinados ao bom desempenho dos profissionais do **HUTRIN**.

6.8 Descrição do Modelo de Gestão de Materiais e Patrimônio

O **Instituto GERIR** considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional e a necessidade de medidas que promovam agilidade aos procedimentos do HOSPITAL, promovendo ações confiáveis, padronizadas e efetivas, utiliza normas no controle de bens móveis e materiais de consumo / patrimônio e desenvolveu uma Cadeia de Fornecimento estruturada, com fluxos e rotinas padronizados. Estes instrumentos estratégicos possibilitam a contratação de fornecedores para suprirem, de forma eficaz, a necessidade do hospital na execução de suas ações.

Os resultados proporcionados pelo sistema de controle de bens móveis e materiais de consumo / patrimônios do instituto:

- Redução de custos;
- Aumento da eficiência e otimização do desempenho nos relacionamentos com clientes e fornecedores;
- Fiel controle e gestão patrimonial;

- Melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo;
- Manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda, devidamente controlada.

O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo obedecerão ao disposto abaixo:

Considera-se:

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

2 – Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos.

Todos os materiais de utilização no hospital deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

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

Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito do instituto aplicam-se, no que couberem, as disposições da legislação pertinente em vigor, ficando ainda vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro do instituto na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

6.8.1 Renovação e Reposição de Estoque

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverá ocorrer em função da aplicação das fórmulas:

1. Os fatores de requerimento são definidos;

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

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

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

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

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

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

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

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

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

As fórmulas aplicáveis ao Almoxarifado são:

1. Consumo Médio Mensal. C = Consumo Anual/12;
2. Estoque Mínimo. Em = C x f;
3. Estoque Máximo. EM = Em + C x I;
4. Ponto de Partida. Pp = Em + C x **T**;
5. Quantidade a Ressuprir. Q = C x I.

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

6.8.2 Recebimento dos Materiais

O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à seção de Almoxarifado e Patrimônio;

Todo material para ser recebido deverá vir acompanhando de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial do INSTITUTO- HOSPITAL, cuja cópia será arquivada para os devidos registros.

Consideram-se documento hábil para os fins os seguintes documentos:

1– Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;

2 – Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;

3 – Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

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

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

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

Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Gerência de Material e Patrimônio, em carimbo próprio. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico especifico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por setor / pessoa habilitada para esse fim e, também, do responsável pelo setor solicitante.

S. E. S.
Fls: 1563
Rubrica

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

Quando das aquisições de material para construção e reforma, os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Gerência de Material e Patrimônio aos coordenadores/gerentes ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido, sendo que as Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo gerente de material e patrimônio/responsável do acompanhamento da obra.

Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao coordenador administrativo-financeiro.

Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e consequente registro nos sistemas competentes/inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

6.8.3 Sistema Eletrônico

Além do fluxo processual / físico detalhados acima e que culminam na entrega dos itens no almoxarifado, paralelamente também há o controle / registro eletrônico da entrada de todas as mercadorias e serviços no âmbito do INSTITUTO, e aplicável ao HOSPITAL.

Tal controle se faz por meio se software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, numero do processo / contratação, saldos e valores contratuais, dentre outros.

6.8.4 Controle Patrimonial

O **Instituto GERIR** irá manter o registro do patrimônio, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

1 – registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;

2– registrar e informar a localização dos bens;

3– registrar os agentes responsáveis;

4 – emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;

5 – controlar a movimentação de material;

6 – identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;

7 – permitir a obtenção de informações gerenciais.

Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela diretoria de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade. O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial do INSTITUTO, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

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

1 – número de tombamento;

2 – descrição do material;

3– modelo, número de série de fabricação, se for o caso;

4 – valor de aquisição;

5 – data de aquisição e número de autos;

6 – número do documento fiscal;

7 – estado de conservação do material;

8 – outras observações consideradas indispensáveis.

Toda manutenção e reparo realizado nos materiais permanentes deverá ser comunicado formalmente à Gerência de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/plaquetas, sendo que no caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterá também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora. Além do controle físico e dos Termos de Responsabilidade assinados, é possível fazer o acompanhamento de qualquer bem em tempo real e qualquer distância, através da utilização do Sistema Eletrônico.

Conforme disposições legais e princípios do instituto, observando a Lei, na qual dispõem sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais e dá outras providências, após término do Contrato de Gestão, os bens permanentes adquiridos, cuja fonte de recursos seja proveniente deste poderá ser, ao final, doado ao Estado da Goiás, na forma da legislação vigente. Os bens que não transitarem na Gerência de Material e Patrimônio será tombado, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

6.8.5 Normas de Segurança para Armazenagem de Material no Almoxarifado

1. Armazenamento:

a) os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua Rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;

b) os materiais não devem ser armazenados em contato direto com o piso;

c) as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;

d) os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior nas prateleiras de baixo;

e) os materiais mais solicitados à frente, os menos atrás;

f) os materiais devem ser empilhados, se necessário, observando-se a segurança e as recomendações dos fabricantes;

g) os materiais devem ser estocados em suas embalagens originais;

h) os materiais mais solicitados próximos à área de expedição;

i) a reposição do estoque deve ser feita atrás do material já existente.

2. Segurança:

a) existência de extintores de incêndio, mangueira etc, nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;

b) portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc);

c) proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;

d) portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;

e) existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;

f) instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;

g) proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;

h) arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;

i) colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;

j) proteção contra insetos e roedores;

k) reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

3. Movimentação:

a) existência de meios de locomoção seguros para os materiais.

6.8.6 Alienação, Cessão e Transferência de Bens Patrimoniais

A alienação de bens, subordinada à existência de interesse do instituto e do Hospital, devidamente justificada e na forma da legislação vigente, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

1– venda;

2– permuta;

3 – doação.

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

1 – permuta permitida exclusivamente entre unidades do hospital;

2– doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência sócio-econômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;

TCE 1582 G.E.S. Fls. 1571

3 – venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades do instituto, em virtude de suas finalidades, na forma da legislação vigente.

A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo do instituto, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins. A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

6.8.7 Caracterização e Avaliação dos Bens Patrimoniais

Os materiais inservíveis no âmbito do INSTITUTO / HOSPITAL classificam-se em:

1 – ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso;

2 – recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;

3 – antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoletismo, a manutenção for onerosa;

4 – irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;

5 – nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais, emitindo relatório, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria das Coordenações do INSTITUTO.

Toda a inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

1 – a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;

2 – a sua natureza tóxica ou venenosa;

3 - a sua contaminação por radioatividade;

4 – o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros.

Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

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

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

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

6.8.8 Inventários

O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque que terão por finalidade:

1 – verificar a existência física dos bens e materiais;

2 – informar o estado de conservação dos bens e materiais;

3 – confirmar os agentes responsáveis pelos bens;

4 – manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;

5 – apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;

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

O inventário físico, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas será:

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

II – TRIMESTRAL;

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

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

O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, realizado pela(s) Comissão (ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo aos mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual.

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

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

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

3 – INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas para identificação e registro de bens.

As pendências decorrentes dos inventários deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Pressupostos:

O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização; O inventário físico anual será encaminhado a Gerência Financeira, a qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo a Diretoria Administrativa- Financeira e Executiva, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal do **Instituto GERIR.**

TCE 1584

S. E. S.
Fls: 1573
Rubrica
COMISSÃO DE JULGAMENTO

PROPOSTA TÉCNICA
VOLUME IV

TÍTULO:

PROPOSTA TÉCNICA PARA O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE WALDA FERREIRA DOS SANTOS - HUTRIN,** CONFORME **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº003/2013.**

GERIR
Instituto de Gestão em Saúde

GERIR

ÍNDICE
VOLUME IV

TCE 1585

S. E. S.
Fls:
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

7. DEMONSTRATIVO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA..... 03

7.1 COMPROVAÇÕES DA EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO..... 11
7.2 COMPROVAÇÕES DA ESTRUTURA DIRETIVA DO HUTRIN..... 179
7.3 COMPROVAÇÕES DA QUALIFICAÇÃO DO CORPO TÉCNICO..... 278

8. DECLARAÇÃO: ANEXO IV..... 475

7. DEMONSTRATIVO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

7.1 Descrição sumária do campo de atuação da Organização e do Corpo Técnico.

O **Instituto de Gestão em Saúde, GERIR**, Organização Social que reconhece que o Sistema Único de Saúde tem sido capaz de estruturar um sistema público de saúde de enorme relevância, com resultados inquestionáveis para a população brasileira. Considera, porém que os problemas persistem e precisam ser enfrentados para que o SUS seja um sistema publico com serviços de qualidade. Esses problemas podem ser agrupados em torno de grandes desafios a superar, como o desafio da universalização; do financiamento; do modelo institucional; do modelo de atenção à saúde; da gestão do trabalho e da participação social.

Reconhece ainda o **Instituto GERIR**, que o Brasil é um país de dimensões continentais e de diferenças regionais expressivas no que tange a cultura, educação e principalmente a saúde. As necessidades de saúde das populações regionais; o desenvolvimento tecnológico e a densidade tecnológica; as peculiaridades e especificidades regionais incluindo influencias culturais e acesso aos serviços de saúde também apresentam diferenças expressivas.

O **Instituto GERIR** reafirma a concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersetorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso a terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Esta deve ser a prática permanente em todas as esferas de governo: orientar todas as políticas públicas sob a lógica da cidadania. Para a construção da cidadania e a inclusão social, seja no plano individual ou coletivo, são necessárias ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e o conjunto da sociedade. A intersetorialidade alcança a sua máxima potência nas relações articuladas do governo com a sociedade organizada e a cidadania se estabelece pelo movimento de ampliação do caráter público de todas as suas ações.

Neste sentido torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **três esferas de governo** e o **Terceiro Setor**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

Este relacionamento pode ser estabelecido com as Organizações Sociais e requer uma adesão responsável aos objetivos e metas e deve estar orientado pelo **Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual.**

As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

As estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde devem ser voltadas as realidades locais.

A Gestão Estadual de Saúde de Goiás, objetivando uma reflexão sobre o sistema de saúde, os seus principais problemas e a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema, iniciou o processo de implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Visando também promover maior agilidade nos processos relacionados a gerencia dos hospitais estaduais de Goiás, a Gestão Estadual de Saúde inovou e em parceria com Organizações Sociais está trabalhando modelos gerenciais com estes hospitais.

O **Instituto de Gestão em Saúde** considerando um desafio participar dessa profunda transformação introduzida na Gestão Estadual de Saúde de Goiás e em reflexão as questões das necessidades e diferenças regionais acima descritas participou do Chamamento Público para gerenciar o maior Hospital de Urgências da região Centro Oeste, **Hospital de Urgências de Goiânia/HUGO**. O Instituto foi o vencedor, apresentando uma Proposta Técnica ousada, com foco nas Redes de Atenção à Saúde. Desde maio de 2012, está gerenciando o referido hospital.

O **Instituto de Gestão em Saúde** foi também qualificado como Organização Social que atua na área da saúde no estado da Paraíba e desde junho de 2013 está gerenciando as seguintes unidades assistenciais:

Através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0064/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na Matemidade Dr. Peregrino Filho de Patos, desde 10 de junho de 2013. **Contrato Anexado.**

A referida Instituição Hospitalar é uma matemidade de alto risco que opera com capacidade operacional de 80 leitos gerais, sendo destes 06 leitos de UTI Neonatal, 06 leitos de UTI Matema e 06 Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários. Possui ainda Banco de Leite Matemo, Alojamento Conjunto e Unidade Mãe Canguru e foi Certificada na Rede Cegonha na Gestão do Instituto GERIR. A Maternidade tem ainda a Certificação de Hospital Amigo da Criança.

Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias de urgência e eletivas ginecológicas e obstétricas.

Através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0065/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Hospital Distrital de Taperoá, Paraíba, desde 10 de junho de 2013. **Contrato Anexado.**

A referida Instituição Hospitalar é um hospital geral que opera com capacidade operacional de 60 leitos gerais, sendo Clínica Médica, Clinica Cirúrgica, Clinica Pediátrica, Pronto Atendimento e Ambulatório. Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.

Através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0066/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na UPA I de Guarabira, desde 10 de junho de 2013. **Contrato Anexado.**

A referida Instituição é uma Unidade que atende urgências e emergências, adulto e pediátrica, no município de Guarabira. No atendimento de urgência e emergência, utiliza a Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias ambulatoriais de pequeno porte. Atendimento de 5.600 usuários mês em média.

Instituto GERIR
Fls. 25

GERIR

TCE 1589

S E S
Fls: 1576
6
Rubrica

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade de Pronto Atendimento Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

Agregou no seu Corpo Técnico profissionais altamente qualificados e integrantes da politica de saúde brasileira e participantes da Política Nacional de Saúde.

Esta reflexão da organização focou na necessidade do seu corpo técnico conhecer e compartilhar os atores setoriais e intersetoriais da saúde, o movimento e o processo histórico das instâncias representativas do controle social e das entidades da sociedade civil organizada e conhecer prioritariamente e profundamente as necessidades de saúde da população do país.

Como estabelecer fluxos com a Atenção Primária à Saúde e com os outros serviços de saúde do sistema sem integrar e conhecer a realidade do Sistema Único de Saúde.

Com este Corpo Técnico conhecedor e participante da realidade da realidade brasileira o **Instituto Gerir, como já** referimos, estabeleceu um projeto regional e integrado a Politica Estadual de Saúde, atendendo o Chamamento Público nº 001/2012 para Organização, Administração e Gerenciamento do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO**.

O **HUGO** é um hospital de alta complexidade, serviço hospitalar público, urgência e emergência, possui 305 leitos, linha de cuidado do Trauma, Residência Médica e Residência Multiprofissional. **Contrato anexado.**

O referido Corpo Técnico possui também aporte assistencial do perfil do **HUGO** tanto na formação acadêmica quanto na experiência profissional.

O **Instituto GERIR** quer ressaltar que também desde o dia 05 de junho de 2013, realiza o gerenciamento e a organização emergencial de Unidades Assistenciais da Paraíba: Hospital e Maternidade de Patos, Hospital Distrital de Taperoá e UPA I de Guarabira. **Contratos anexados**.

Instituto GERIR
Fls. 06

O **Instituto GERIR** possui também em seu Corpo Técnico, profissionais participantes e formuladores da Política Nacional de Saúde; especialistas em Redes de Atenção à Saúde, conforme preconiza o **Chamamento Público Nº003/2013, de Gerenciamento e Organização do Hospital de Urgências de Trindade/HUTRIN;** mestres em Economia da Saúde, presidente da AMIB, Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

A Proposta Técnica foi elaborada e compartilhada com a enfermeira, especialista em Redes de Atenção á Saúde, Maria Aparecida Carricondo Leite que milita no setor da saúde desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira; com Nádia Ferreira Gonçalves, enfermeira que realiza monitoramento de Contratos de Gestão; Rita Bertão, enfermeira, mestre em Economia em Saúde Coletiva; consultora do GERIR, no monitoramento do Contrato de Gestão e Coordenadora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde/ Conass; José Mário Telles, Responsável Técnico do GERIR e Presidente da Associação de Medicina Intensiva Brasileira / AMIB e Vilma Soares que atua há 21 anos no Hospital de Urgências de Goiânia.

7.2 Estrutura Diretiva do HUTRIN

O **Instituto GERIR** para o gerenciamento e organização do **HUTRIN** vai trabalhar avaliando a equipe que hoje atua na unidade e realizar substituições que se fizerem necessárias.

Quanto a Estrutura Diretiva do **HUTRIN** elaborou o organograma até o 3º nível e apresenta a seguir:

7.2.1 Diretoria Geral: Nasser Rodrigues Tannús, Médico **especialista** em Gestão de Assistência ao paciente crítico. Diretor Técnico do HUGO desde maio de 2012. **Declaração da Organização Social com ciência anexa e documentos comprobatórios.**

7.2.2 Diretoria Técnica: José Joaquim Gomide Neto, Médico **especialista** em Ortopedia e Traumatologia. Membro do corpo Clínico do HUGO desde 1992 e chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HUGO e coordenador na Residência Médica no módulo Cirurgia de Joelho. **Declaração da Organização Social com ciência anexa e documentos comprobatórios.**

7.2.3 Diretoria Administrativa e Financeira: Solange Luciano Miranda, Assistente Social, **especialista** em Políticas de Saúde e Administração de Serviços de Saúde. Atua na SES/GO desde 1992. Atualmente desenvolve os Projetos Estratégicos no Instituto GERIR. **Declaração da Organização Social com ciência anexa e documentos comprobatórios.**

7.2.4 Chefia de Urgência e Emergência: Alex Caetano dos Santos, Médico **especialista** em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo e **mestre** em Ciências da Saúde. Coordenador da Residência Médica do HUGO. **Declaração da Organização Social com ciência anexa e documentos comprobatórios.**

7.2.5 Gerência de Enfermagem: Queiliene Rosa dos Santos, Enfermeira **especialista** em Gestão em Saúde. Docente na Faculdade Alfredo Nasser e membro do Grupo de Monitoramento do Contrato de Gestão do HUGO. **Declaração da Organização Social com ciência anexa e documentos comprobatórios.**

7.3 Qualificação do Corpo Técnico do Instituto GERIR

No sentido da melhoria da qualidade e da busca contínua pela maior eficácia, eficiência e efetividade institucional o instituto vai trabalhar com um grupo de consultores e o Corpo Técnico do Instituto GERIR. O referido Corpo Técnico apresenta qualificações voltadas à gestão pública de saúde, área de urgência e emergência e residência médica e multidisciplinar.

A Qualificação do Corpo Técnico Do Instituto GERIR:

7.3.1 Rita de Cássia Bertão Cataneli: Enfermeira; mestre na área de Gestão Pública/ Economia em Saúde Coletiva; Coordenadora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde/ **CONASS**. Participa dos processos de pactuações da Política Nacional de Saúde na representação dos Secretários Estaduais de Saúde e na formulação de diretrizes da Política Estadual do SUS. Consultora do Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR** na área de condução e monitoramento dos Contratos de Gestão.

7.3.2 José Mário Telles: Médico Intensivista; Presidente da Associação de Medicina Intensiva Brasileira / AMIB. Formulador de diretrizes da Política de Urgência e Emergência na representação da AMIB.
Responsável Técnico do Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**. Acompanha a Estratificação dos Planos de Trabalho apresentados para execução dos Contratos de Gestão.

7.3.3 Maria Aparecida Leite. Enfermeira especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão/SES/GO, portaria em anexo e Membro do Conselho Estadual de Saúde no estado de Goiás. Elaboração conjunta da Proposta Técnica.

7.3.4 Nádia Ferreira Gonçalves: Enfermeira. Acompanha os processos dos Contratos de Gestão do Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR** desde a fase do Planejamento até o Monitoramento. Secretaria Executiva da Diretoria Colegiada **GERIR/HUGO**. Elabora os Relatórios trimestrais e semestrais da parceria **GERIR/HUGO**.

7.3.5 Eduardo Reche de Souza: Engenheiro Eletricista, Especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho. Presidente do Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR.**

7.3.6 Luiz Fernando Martins: Médico especialista em Neurocirurgia. Diretor de Ensino e Pesquisa, responsável técnico pela Residência Médica e Residência Multidisciplinar do HUGO.

7.3.7 Antônio Francisco Guise Marques: Médico que coordena área de urgência e emergência do HUGO.

7.3.8 Marciano de Sousa Nóbrega: Médico especialista em Medicina Intensiva e Anestesiologia e mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Membro da AMIB. Atualmente atua na Universidade Federal de Goiás e Consultor Técnico do Instituto GERIR.

TCE 1593
S. E. S.
Fls: 1580
Rubrica

7.3.9 Neusilma Rodrigues: Enfermeira e Diretora de Enfermagem no HUGO.

7.3.10 Vilma Soares: Atua no Hospital de Urgências de Goiânia há 21 anos. Responsável pela área de Desenvolvimento de Recursos Humanos do Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR.**

7.3.11: Adilson Usier Leite: Administrador Hospitalar. Principal Executivo de Empresas nos seguimentos hospitalares desde o ano de 1969. Superintendente Executivo no Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**.

As Certidões de Qualificação do Instituto GERIR na área de Gestão Pública e Gestão Hospitalar estão anexadas neste volume da Proposta Técnica.
Reafirmando a Equipe que atua no HUTRIN será avaliada podendo permanecer se possuir conformidade com o Modelo Gerencial proposto ou ser substituída, se necessário for, por profissionais qualificados.

Instituto GERIR
Fls. 10

GERIR

S. E. S
Fls: 1581
Rubrica

TCE 1594

7.1 COMPROVAÇÕES DA EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO

Instituto GERIR
Fls. / /

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Fazendo o melhor pra você.

Rubrica

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde de Goiás
Rua: SC - 1, N.º 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
Telefone: (62) 3201-2440

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica Institucional TCE 1595

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, INSCRITA no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, Nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia/GO, **ATESTA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão nº 0064/2012/SES/GO e seus aditivos, realiza a Gestão do Hospital de Urgências de Goiânia/**HUGO** visando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do referido hospital, desde maio de 2012.

O **HUGO** é uma Unidade Hospitalar Pública Estadual, Unidade de Urgência e Emergência, referência para o Centro Oeste, com 305 leitos hospitalares gerais, sendo 58 leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Desenvolve o Programa de Residência Médica e Residência Multiprofissional, qualificado pelo MEC. A **Residência Médica** nas áreas de Clínica Médica; Geriatria; Neurologia; Cardiologia; Ortopedia; Cirurgia Geral e Medicina Intensiva.

Utiliza o Acolhimento do Paciente com Classificação de Risco, segundo o protocolo de Manchester. Desenvolve também o Programa de Captação de Órgãos para Transplante.

O Instituto **GERIR** realiza o cumprimento da totalidade das metas dos indicadores **qualitativos** e **quantitativos**, com pontuação no nível ótimo. A produção/volume dos serviços prestados é superior à produção contratualizada.

O **HUGO** possui em sua estrutura assistencial:

Pronto Atendimento: Unidade de Trauma; Emergência Clinica; Emergência Pediátrica; Observação e Sala de Classificação de Risco.

Traumatologia: 02 Unidades

Clínica Médica: Clinica Medica; Neurologia; Cardiologia; Geriatria.

Clínica Cirúrgica: Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular

Unidade de Tratamento Intensivo: Geral e Neurológica

Ambulatório: com 21 salas

Centro Cirúrgico: O Centro Cirúrgico possui 10 salas equipadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto todos os dias da semana. Possui 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA com 8 leitos.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial com experiência na Gestão pública e privada de Serviços de Saúde.

Instituto GERIR
Fls. 12

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Fazendo o melhor pra você

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde de Goiás
Rua: SC - 1, N.º 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
Telefone: (62) 3201-2440

TCE 1596

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde no **HUGO**. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

Por ser verdade firmamos o presente.

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde de Goiás, aos 06 dias do mês de dezembro de 2013.

6º TABELIONATO

Antônio Faleiros Filho
Secretário de Estado da Saúde

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6666

02081308161331023073748 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança a assinatura de ANTÔNIO FALEIROS FILHO (6005) enáloga a de nosso arquivo, dou fé. Goiânia, 12 de dezembro de 2013. Em Test° (illegible) da verdade - Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

Tabelionato de Notas Goiânia
Weder Paulo de Oliveira
Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 13

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Fazendo o melhor pra você.

Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
E-mail: agpos.ses@gmail.comTelefone: (62) 3201-3808

S. E. S. Fls. 1584 Rubrica

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica

TCE 1597

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, INSCRITA no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, Nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia/GO, **ATESTA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão nº 0064/2012/SES/GO e seus aditivos, realiza a Gestão do Hospital de Urgências de Goiânia/**HUGO** visando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do referido hospital.

O **HUGO** é uma Unidade Hospitalar Pública Estadual, Unidade de Urgência e Emergência, referência para o Centro Oeste, com 305 leitos hospitalares gerais, sendo 58 leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Desenvolve o Programa de Residência Médica e Residência Multiprofissional, qualificado pelo MEC. A **Residência Médica** nas áreas de Clínica Médica; Geriatria; Neurologia; Cardiologia; Ortopedia; Cirurgia Geral e Medicina Intensiva.

Utiliza o Acolhimento do Paciente com Classificação de Risco, segundo o protocolo de Manchester. Desenvolve também o Programa de Captação de Órgãos para Transplante.

O Instituto **GERIR** realiza o cumprimento da totalidade das metas dos indicadores **qualitativos** e **quantitativos**, com pontuação no nível ótimo. A produção/volume dos serviços prestados é superior à produção contratualizada.

O **HUGO** possui em sua estrutura assistencial:

- **Pronto Atendimento:** Unidade de Trauma; Emergência Clinica; Observação e Sala de Classificação de Risco.
- **Traumatologia:**02 Unidades
- **Clínica Médica:** Clinica Medica; Neurologia; Cardiologia; Geriatria
- **Clínica Cirúrgica:**Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular
- **Unidade de Tratamento Intensivo:** Geral e Neurológica
- **Ambulatório:** com 21 salas
- **Centro Cirúrgico:** O Centro Cirúrgico possui 10 salas equipadas para todo qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto todos os dias

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia GO
Tel.: (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311260851026005055
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
29/11/2013

Instituto GERIR
Fls. 44

Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
E-mail: agpos.ses@gmail.comTelefone: (62) 3201-3808

Fls. 1585
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

da semana. Possui 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA com 8 leitos.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial com experiência na Gestão pública e privada de Serviços de Saúde.

TCE 1598

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisão se necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no hospital.

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde no **HUGO**. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

Por ser verdade firmamos o presente.

Superintendência de Gerenciamento das Unidades de Saúde – SES/GO, em Goiânia, aos 29 de novembro de 2013.

Dr. Desdedith Vaz
Superintendente de Gerenciamento das Unidades de Saúde

3°C. TAB. NOTAS OF. CIVIL E AFINS
3 Registro Civil e Tab. de Notas da Goiânia - GO
(62) 3223 24713
AUTENTICAÇÃO
018913112608516260005054
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
29/11/2013

Instituto GERIR
Fls. 15

4. TABELIONATO DE NOTAS
RUA 9 N. 1155, Ed. Aton Terres
Oeste
GOIANIA - GO

Reconheco por semelhanca a(s) assinatura(s) Retro-assinada(s) de:
EJsUIrvrIJ-DEUSDEDITH-VAZ.....
Posto que analoga a(s) constante(s) dos arquivos deste Tabelionato.

Dou fe. Em Testemunho da Verdade.
Goiania-GO, 29 de novembro de 2013

DANIEL RODRIGUES DE SOUZA
ESCREVENTE

Selo Digital n
02041304081452023116986.
Confirme a Autenticidade do selo no site:
http://extrajudicial.tigo.jus.br/selo
14:22:16

4. TAB. DE NOTAS GOIANIA

3º Registro Civil de Pessoas Naturais e Tabelionato de Notas de Goiânia
(62) 3223 2471
3º C.T.N.B.
AUTENTICAÇÃO
https://extrajudicial.tigo.jus.br
Confere com o original
Wéndel de Melo Vieira
ESCREVENTE
29/11/2013

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

GERIR

SUS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS

Atestado de Capacidade Técnica

S. E. S.
Fls: 1586
Rubrica

TCE 1599

Atestamos para os devidos fins, que a Organização Social **Instituto GERIR,** inscrita no CNPJ de Nº. 14.963.977/0001-19, estabelecida na cidade de Goiânia, na Rua 89, Quadra F29, Lote 58, Nº 526, Setor Sul - CEP: 74.093-140 detem qualificação e capacidade técnica para atuar em Administração, Gerenciamento, Operacionalização e Execução de Ações e Serviços em Instituições de Atenção à Saúde.

A referida Organização desenvolve com competência a Administração, Gerenciamento, Operacionalização e Execução de Ações e Serviços no Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, desde maio de 2012, conforme Contrato de Gestão, abaixo relacionado.

Contrato de Gestão Nº 64/2012 SES/GO.

Os serviços contratados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa.

Atestamos ainda que sempre foram demonstradas a eficiência e a credibilidade dos trabalhos que nos foram apresentados.

Atenciosamente,

Goiânia, 20 de novembro de 2013.

Dr. Ciro Ricardo P. de Castro
CRM - 1114 CPF: 052.931.381-20
Diretor Geral - HUGO

Instituto GERIR
Fls. 16

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Diretor Geral - HUGO

1º TABELIONATO DE NOTAS
Goiânia-GO

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO

Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura de
42397 CIRO RICARDO PIRES DE CASTRO
análoga a de meu arquivo. Dou fé.
Goiânia/GO, 22/11/2013 10:28:50 - UE: 251
Selo Eletrônico 0201411101122902301400
Em testemunho da verdade
Paulo Cesar Teixeira Neto
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones: (62) 3526-3777 / 3526-3755

Av. 31 de março, esq. C/5ª Radial,
*Fone: (0**62*
E-mail: hug

TCE 1600

Data de vigência: O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses a partir de 28/04/2012.
Nome dos signatários:
ALERTE MARTINS SE JESUS
Procurador do Estado
ANTONIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde
J. CÂMARA E IRMÃOS S/A
Contratada

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

EXTRATO DO PRIMEIRO TERMO ADITIVO 09/2012

Processo nº: 200700010010421, autuado em 24/09/2007.
Objeto: Primeiro Termo Aditivo de Prorrogação ao Contrato nº 012/2010-NJ/GAB/SES-GO, referente à prestação de serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos de ar condicionado, incluindo a reposição de peças, destinada a atender às unidades Administrativas e Hospitalares da SES/GO, decorre de interesse da contratada e da contratante, da previsão contratual, da autorização da Autoridade competente, nos termos do art. 57, da Lei 8.666/93 e modificações posteriores, tudo constante do processo administrativo.
Valor Total estimado em: R$ 298.800,00 (duzentos e noventa e oito mil e oitocentos reais).
Dos Recursos: Dotação: 2850.10.302.1023.2431.3.90.39.20.122.4001.4001.0
Contratante : Estado de Goiás, através do Secretário de Estado da Saúde.
Data de vigência: 05/08/2011 a 04/08/2012.
Nome dos signatários:
ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
Procurador Geral do Estado
ANTONIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde
ALFA SERVIÇOS E COMÉRCIO LTDA
Contratada

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO
Gerência da Secretaria Geral

EXTRATO DE JULGAMENTO

Por meio do processo n.º201200010002661, foi instaurado Procedimento Administrativo Disciplinar em desfavor do servidor KAIO DE MELO MOSQUEIRA, sob acusação de ter infringido os incisos LX a LXI, do artigo 303, da Estatuto dos Funcionários Públicos Civis de Estado de Goiás a suas Autarquias – Lei n.º10.460/1988.

Concluídos os trabalhos, a Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar emitiu o Relatório n.º23/2012-CPPAD-SES/GO, cujo teor adoto, através do Despacho n.º1.679/2812-GAB/SES (incluso nos autos), decidindo pelo arquivamento dos presentes visto que: *"não é possível se vislumbrar a presença do animus abandonandi, na ação do denunciado ao se ausentar do trabalho."* Sendo que não restou comprovado o abandono de cargo, portanto, incabível a aplicação de penalidade.

Publique-se e cientifique-se.

Goiânia, 12 de abril de 2012.

ANTONIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

EXTRATO DO TERMO DE CESSÃO DE USO Nº 157/2011 – AS/GAB/SES

1 – Processo nº: 280908010010821
2 – Cedente: O Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde
3 – Cessionário: Município de Guarinos
4 – Objeto: Cessão de Uso de 01 (uma) impressora deskjet HP mod. 6940, 01 (um) nobreak 700 AV SMS, 01 (uma) CPU Positivo preto – Pentium 43.0 GHZ, HD 80GB, 512 MB RAM, Vidaa 128 MB e 01 (um) monitor flat 17 preto com tela plena CRT, tombados, respectivamente, sob os nºs 622.850, 622.872, 621.028 e 621.080.
6 - Prazo de Vigência: 31/12/2014
7 - Data da Outorga: 07/05/2012
8 – Nome dos Signatários:

ALERTE MARTINS DE JESUS
Chefe da Advocacia Setorial/SES
Portaria nº90/2812-GAB/PGE/GO

ANTÔNIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde

JOSÉ OMAR PAIS LANDIM
Prefeito Municipal de Guarinos

EXTRATO DO TERMO DE CESSÃO DE USO Nº 07/2012 – AS/GAB/SES

1 – Processo nº: 200600018014155
2 – Cedente: O Estado de Goiás, através de Secretaria de Estado da Saúde
3 – Cessionário: Município de Campos Verdes
4 – Objeto: Cessão de Uso de 01 (um) aparelho de eletrocardiógrafo eletropágina EP-3, tombamento nº560.865.
6 - Prazo de Vigência: 31/12/2014
7 - Data da Outorga: 07/05/2012
8 – Nome dos Signatários:

ALERTE MARTINS DE JESUS
Chefe da Advocacia Setorial/SES
Portaria nº90/2012-GAB/PGE/GO

ANTÔNIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde

NOÉ AFONSO FILHO
Prefeito Municipal de Campos Verdes

EXTRATO DO TERMO DE CESSÃO DE USO Nº 149/2018 – AS/GAB/SES

1 – Processo nº: 2018000010005841
2 – Cedente: O Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde
3 – Cessionário: Município da Gameleira de Goiás
4 – Objeto: Cessão de Uso de 01 (um) refrigerador vertical doméstico, marca Eletrolux, tombamento nº658.109.
6 - Prazo de Vigência: 31/12/2014
7 - Data da Outorga: 07/05/2012
8 – Nome dos Signatários:

ALERTE MARTINS DE JESUS
Chefe da Advocacia Setorial/SES
Portaria nº90/2012-GAB/PGE/GO

ANTÔNIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde

FERNANDO BORGES DOS SANTOS
Prefeito Municipal de Gameleira de Goiás

EXTRATO DO TERMO DE CESSÃO DE USO Nº 183/2811 – AS/GAB/SES

1 – Processo nº: 288900010088510
2 – Cedente: O Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde
3 – Cessionário: Município de Guarinos
4 – Objeto: Cessão de Uso da 01 (um) termômetro digital interno/externo c/ 02 visores e 01 (um) ar condicionado 12.000 BTUs, marca Springer, tombados sob nºs 604.120 e 603.719.
6 - Prazo de Vigência: 31/12/2014
7 - Data da Outorga: 07/05/2012
8 – Nome dos Signatários:

ALERTE MARTINS DE JESUS
Chefe da Advocacia Setorial/SES
Portaria nº90/2012-GAB/PGE/GO

ANTÔNIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde

JOSÉ OMAR PAIS LANDIM
Prefeito Municipal de Guarinos

EXTRATO DO TERMO DE CESSÃO DE USO Nº 180/2811 – AS/GAB/SES

1 – Processo nº: 200988010088507
2 – Cedente: O Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde
3 – Cessionário: Município de Estrela do Norte
4 – Objeto: Cessão de Uso de 01 (um) termômetro digital, interno/externo com 02 visores, tombamento nº604.117 e 01 (um) aparelho de ar condicionado 12.000BTUs, marca Springer, tombamento nº603.716.
6 - Prazo de Vigência: 31/12/2014
7 - Data da Outorga: 07/05/2012
8 – Nome dos Signatários:

ALERTE MARTINS DE JESUS
Chefe da Advocacia Setorial/SES
Portaria nº90/2812-GAB/PGE/GO

ANTÔNIO FALEIROS FILHO
Secretário de Estado da Saúde

ORCINO DOS REIS BRAGA
Prefeito Municipal de Estrela do Norte

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GERÊNCIA DE CONTRATOS E CONVÊNIOS-SGPF/SES-GO

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 64/2012-SES-GO
Processo nº: 201100010017259, autuado em 14/10/2011.
Objeto: estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO, com a pactuação de indicaddres de Desempenho e Qualidade, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e equânime aos usuários do SUS, em conformidade com os Anexos I a X da contrata. O objetivo geral da contratação é consolidar a identidade e a imagem do HUGO como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial da SUS em sua região, comprometido com sua missão de atender às necessidades dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência. A finalidade do Contrato de Gestão deverá ser executada de forma a garantir: eficiência, eficácia e efetividade; decorre do CHAMAMENTO PÚBLICO nº 001/2012, conforme Processo Administrativo nº 201100010017259, regida pela Lei Estadual nº 15.503/2005, e suas alterações, Lei nº 9.637/1998, Resolução Normativa nº 007/2011 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, princípios, diretrizes e demais normas do Sistema Único da Saúde – SUS. Observada a conveniência a oportunidade, após manifestação de órgãos técnicos da Secretaria da Estada da Saúde – SES/GO, a Secretária de Estado da Saúde poderá editar portarias para, de forma complementar, e observado o princípio da eficiência da Administração Pública e demais constante no *caput* do art. 37, da Constituição Federal, normatizar a exacução deste Contrate da Gestão.
Valar Total estimado: R$ 94.368.960,00 (noventa a quatro milhões, trezentos e sessenta e oita mil novecentos a sessenta reais).
Valor Total estimado: R$ 7.864.080,00 (sete milhões, oitocentas e sessenta e quatro mil e oitenta reais)
Dos Recursos: Dotação: 2850.10.302.1023.1265.3.0.90.39.64 122.4001.4001.1.90.34.01
Contratante: Estado de Goiás, através do Secretário da Estado da Saúde.
Data de vigência: 12 meses, a partir da 09/05/2012.
Nome dos signatários:

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
PROCURADOR GERAL DO ESTADO

HUMBERTO TANNÚS JÚNIOR
Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – AGR
INTERVENIENTE

ANTONIO FALEIROS FILHO
CONTRATANTE

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES
CONTRATADA

Instituto GERIR
Fls. 17

TCE 1601

5544

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

S. E. S.
Fls: 1588

SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 064/2012

Segundo Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 064/2012, celebrado entre o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO e o INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR.

PARTÍCIPES:

CONTRATANTE:

O **ESTADO DE GOIÁS**, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede no Rua SC- 1 nº 299 – Parque Santa Cruz, nesta Capital, neste ato representado pelo Procurador Geral do Estado, Dr. **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/GO sob o nº 14.800, CPF/MF sob o nº 354.327.211-04, residente e domiciliado nesta Capital, e pelo Secretário de Estado da Saúde, Sr. **ANTONIO FALEIROS FILHO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 2001732 SSP/GO e CPF nº 118.971.206 - 72, residente e domiciliado em Goiânia/GO, doravante denominada **CONTRATANTE.**

INTERVENIENTE:

A **AGÊNCIA GOIANA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS – AGR**, nos termos do disposto no § 4º do art. 1º e no inciso XXIV do art. 2º da Lei Nº 13.569, de 27 de dezembro de 1999, com a redação dada pela Lei Nº 17.268, de 04 de fevereiro de 2011, representada por seu Conselheiro Presidente, **HUMBERTO TANNÚS JUNIOR**, brasileiro, divorciado, economista, portador do RG nº 472932 – DGPC e do CPF nº 167.058.231-00, residente e domiciliado em Goiânia/GO, doravante denominada **INTERVENIENTE.**

CONTRATADA:

O **INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR,** inscrito no CNPJ nº 14.963.977/0001-19, com endereço na Rua 89, nº 526, Qd. F-29, Lt. 58, Setor Sul, CEP 74093-140, no município de Goiânia – GO, com estatuto registrado no dia 09/03/2012, às fls. 019 do Livro Número 1027391, no 1º Tabelionato de Protesto e Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia – Goiás, neste momento representado pelo seu Presidente **EDUARDO RECHE SOUZA**, brasileiro, solteiro, empresário, portador da cédula de identidade RG nº 25244616-1/SSP/SP, com CPF nº 273.192.168.41, neste ato denominada **CONTRATADA**, RESOLVEM celebrar o presente ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO, mediante as cláusulas e condições a seguir delineadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1. O presente Instrumento fundamenta-se em previsão contratual, constante da cláusula 4.1 do Contrato de Gestão nº 064/2012 – SES/GO. A alteração proposta é do interesse de ambas as partes, conforme documentos constantes do Procedimento Administrativo nº 201100010017259, às fls. 5457 e 5473/5474.

Instituto GERIR
Fls. 18

S. E. S.
Fls: 1589
Rubrica

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. Este Instrumento tem por objeto a prorrogação do prazo de vigência do referido Contrato de Gestão, bem como de seu 1º Termo Aditivo, firmado em 20 de fevereiro de 2013.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA PRORROGAÇÃO

3.1. A vigência do Contrato de Gestão nº 064/2012 – SES/GO fica prorrogada por 12 meses, a partir de 09/05/2013, condicionada a outorga da Procuradoria Geral do Estado e a publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. As despesas oriundas da presente prorrogação contratual serão da ordem de R$ 104.810.040,00 (cento e quatro milhões, oitocentos e dez mil e quarenta reais), sendo o valor mensal de R$ 8.734.170,00 (oito milhões, setecentos e trinta e quatro mil, cento e setenta reais), conforme quadros abaixo e Notas de Empenhos nº 00094, de 09/04/2013, e nº 00029, de 09/04/2013, emitidas pelo setor competente da SES/GO.

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	FUNDO ESPECIAL DE SAÚDE - FUNESA
Função	10	SAÚDE
Sub-Função	122	ADMINISTRAÇÃO GERAL
Programa	4001	PROGRAMA APOIO ADMINISTRATIVO
Ação	4001	APOIO ADMINISTRATIVO
Grupo de Despesa	01	Pessoal e Encargos Sociais
Fonte	00	RECEITAS ORDINÁRIAS

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	FUNDO ESPECIAL DE SAÚDE - FUNESA
Função	10	SAÚDE
Sub-Função	302	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Programa	1023	PROGRAMA PROMOÇÃO E GARANTIA DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE
Ação	1265	IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR COM PUBLICIZAÇÃO E PARCERIAS COM O TERCEIRO SETOR
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte	00	RECEITAS ORDINÁRIAS

CLÁUSULA QUINTA – DO REGISTRO E DA PUBLICAÇÃO

5.1. O presente Instrumento deverá ser publicado, por extrato, na imprensa oficial, dentro de 20 (vinte) dias a contar da data de sua outorga pelo Procurador Geral do Estado, correndo as despesas por conta da **CONTRATANTE**, conforme prescreve o parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/93.

Instituto GERIR
Fls. 19

CLÁUSULA SEXTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

S. E. S. 1590 6

6.1. Restam inalteradas as demais cláusulas e disposições do Contrato de Gestão nº 064/2012 SES/GO, de 09 de maio de 2012, bem como do 1º Termo Aditivo a este Contrato de Gestão, de 20 de fevereiro de 2013, não colidentes com as introduzidas pelo presente Instrumento.

6.2. Este Instrumento será encaminhado, oportunamente, ao Egrégio Tribunal de Contas do Estado para apreciação.

E por estarem acordes, assinam este Instrumento os representantes das partes, em duas vias de igual teor e forma, para que alcancem os jurídicos e desejados efeitos.

Goiânia, 21 de MAIO de 2013.

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
PROCURADOR GERAL DO ESTADO

HUMBERTO TANNÚS JÚNIOR
AGÊNCIA GOIANA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS - AGR

ANTONIO FALEIROS FILHO
CONTRATANTE

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome:
RG n.
CPF n

Nome:
RG n.
CPF n.

Instituto GERIR
Fls. 20

FOLHA 5726
S. E. S.
Fls. 1591

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 64/2012-SES/GO

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 64/2012, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE GOIÁS E O INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES, NA FORMA ABAIXO.

TCE 1604

O **ESTADO DE GOIÁS**, doravante denominado **CONTRATANTE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, neste ato representado por seu Procurador-Geral, ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS, brasileiro, advogado inscrito na OAB-GO sob o nº 18.851, residente e domiciliado nesta capital, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde/SES-GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, ANTONIO FALEIROS FILHO, brasileiro, casado, médico, portador da CI/RG nº 200.173-2, expedida pela SSP/GO e inscrito no CPF/MF sob o nº 118.971.206-72, residente e domiciliado nesta Capital, com a interveniência da **AGÊNCIA GOIANA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS/AGR**, doravante denominada **INTERVENIENTE**, pessoa jurídica de direito público, constituída na forma de autarquia, com sede na Av. Goiás, nº 305, Ed. Visconde de Mauá, Centro, nesta capital, neste ato representada pelo Presidente de seu Conselho Regulador, HUMBERTO TANNÚS JÚNIOR, brasileiro, divorciado, economista, portador da CI/RG nº 472.932, expedida pela DGPC/GO e inscrito no CPF/MF sob o nº 167.058.231-00, de conformidade com o disposto no art. 1º, § 4º, da Lei nº 13.569, de 27 de dezembro de 1999, com a redação conferida pela Lei nº 17.268, de 04 de fevereiro de 2011, e o **INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES**, doravante denominado simplesmente **CONTRATADO**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua C-255, Qd. 588, Lts. 04/08, Sala 1005, Setor Nova Suíça, CEP 74.280-010, Goiânia, Goiás, com estatuto registrado no 1º Tabelionato de Protestos e Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia, inscrito no CNPJ sob o nº 14.963.977/0001-19, neste ato representado por seu Presidente EDUARDO RECHE SOUZA, brasileiro, solteiro, empresário, portador da CI/RG nº 25.244.676-1, 2ª via, expedida pela SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 273.192.168-41, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 64/2012-SES/GO**, que se regerá pelas cláusulas abaixo, de conformidade com o constante do processo administrativo nº 201300010014951, apenso ao processo administrativo nº 201100010017259.

Instituto GERIR
Fls. 21

FOLHA 5727

S. E. S. Fls: 1592 Rubrica

TCE 1605

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente termo aditivo as seguintes alterações no Contrato de Gestão nº 24/2012-SES:

I. acréscimo de 46 (quarenta e seis) leitos no Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz-HUGO e o consequente acréscimo do valor correspondente ao montante do repasse mensal;

II. alteração do plano de metas de produção;

III. estabelecimento da obrigação de pagamento, pelo CONTRATANTE, do valor correspondente às internações em leitos auxiliares, quando esgotada a capacidade instalada de leitos;

IV. estabelecimento de nova obrigação do CONTRATADO, de habilitar a unidade de saúde referida no item I desta cláusula como captadora de órgãos e tecidos, junto ao Ministério da Saúde;

V. alteração da cláusula oitava do ajuste original, que trata do acompanhamento, fiscalização e avaliação.

PARAGRÁFO ÚNICO – Para os fins do disposto no inciso III desta cláusula, leito auxiliar é o classificado como leito hospitalar de observação pela nota técnica do item 2.2.2, da Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002, do Secretário de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO E JUSTIFICATIVAS

O presente instrumento fundamenta-se na teoria geral dos contratos e decorre da previsão contida na cláusula quinta do contrato original, das conclusões do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 077/2013-GAB/SES, acerca do Plano de Metas de Produção do contrato ora aditado, descritas no Despacho nº 672/2013-SUNAS/SES (fls. 10.099/10.102), da manifestação de interesse por parte do contratado (fls. 9.961/10.015) e da autorização da autoridade competente (fls. 10.104/10.105), todas constantes do processo administrativo nº 201300010014951, apenso ao processo administrativo nº 201100010017259, que passam a ser parte integrante do presente ajuste, independentemente de transcrição.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO ACRÉSCIMO DE LEITOS E DAS MEDIDAS DECORRENTES

Fica alterado o item 3 do Anexo I do Contrato de Gestão nº 064/2012, acrescendo-se 46 (quarenta e seis) leitos aos ali relacionados, elevando para 237 (duzentos e trinta e sete) o total de leitos de internação geral.

PARÁGRAFO ÚNICO – Em decorrência do acréscimo de leitos realizado pelo caput desta cláusula, o valor do repasse mensal originalmente contratado será acrescido de R$ 1.539.352,82 (hum milhão, quinhentos e trinta e nove mil, trezentos e cinquenta e dois reais e oitenta e dois centavos), perfazendo este termo aditivo o valor total de R$ 17.343.365,86 (dezessete milhões, trezentos e quarenta e três mil, trezentos e sessenta

Instituto GERIR
Fls. 22

FOLHA Nº 5728
S. E. S. Fls: 1593

e cinco reais e oitenta e seis centavos) e elevando para R$ 10.273.522,82 (dez milhões, duzentos e setenta e três mil, quinhentos e vinte e dois reais e oitenta e dois centavos), o valor global do repasse mensal.

CLÁUSULA QUARTA – DO PAGAMENTO DOS LEITOS AUXILIARES

O CONTRATANTE obriga-se a realizar o pagamento mensal do valor relativo às internações em leitos auxiliares, excedentes da capacidade instalada total de leitos prevista no quadro I da cláusula quinta deste instrumento, nos termos definidos no parágrafo único da cláusula primeira do presente ajuste.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – As internações excedentes deverão ser comprovadas por meio das Autorizações de Internação Hospitalar apresentadas ao SIH/DATASUS no mês subsequente ao de sua ocorrência.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A média mensal de internações excedentes, apurada no final da vigência do presente ajuste, não poderá ser superior a 80 (oitenta) internações/mês.

PARÁGRAFO TERCEIRO – O CONTRATANTE obriga-se ao pagamento de R$ 19.141.505,24 (dezenove milhões, cento e quarenta e um mil, quinhentos e cinco reais e vinte e quatro centavos), em parcela única, pelas internações excedentes realizadas no período de 09/05/2012 a 31/05/2013.

CLÁUSULA QUINTA – DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS E DA COMPROVAÇÃO

A CONTRATADA obriga-se a apresentar, mediante ofício, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis a contar do recebimento do valor descrito no parágrafo terceiro da cláusula quarta deste ajuste, a documentação comprobatória da quitação dos débitos elencados no relatório anexo ao Ofício nº 48/2013/GERIR-PR, de 25/09/2013, às fls. 71/73 do processo administrativo nº 201300010014951, apenso ao processo administrativo nº 201100010017259.

PARÁGRAFO ÚNICO – Obriga-se ainda a CONTRATADA investir, durante a vigência do presente ajuste, o montante de R$ 5.177.842,70 (cinco milhões, cento e setenta e sete mil, oitocentos e quarenta e dois reais e setenta centavos), apontado à fl. 74 do processo administrativo nº 201300010014951, apenso ao processo administrativo nº 201100010017259, no item 4 da Notificação nº 044/2013, da Agência Goiana de Regulação-AGR, à fl. 84 do mencionado processo administrativo.

CLÁUSULA SEXTA – DA ALTERAÇÃO DO PLANO DE METAS

Fica alterado o Plano de Metas pactuado no ajuste original, que passa a ser o abaixo descrito, de conformidade com a Portaria nº 281/2013-GAB/SES, publicada no DOE de 05/09/2013:

Instituto GERIR
Fls. 23

QUADRO I – Meta mensal de internação geral e UTI - HUGO					
LEITO/ESPECIALIDADE	Capacidade instalada nº de leitos	Nº de leitos dia	Média de permanência (dias)	Taxa de ocupação (%)	Meta Mensal
Observação	32	960	3,5	90	246
Reanimação Trauma	10	300	0,8 (3h)	90	2.160
Internação – Clínica médica	30	900	8,0	90	100
Internação – Clínica cirúrgica	38	1.140	6,0	90	171
Traumatologia	69	2.070	6,0	90	310
UTI	58	1.740	11,0	90	142
TOTAL	237	-	-	-	-

QUADRO II – Meta mensal de atendimentos de urgência/emergência - HUGO			
PROCEDIMENTO	MÉDIA MENSAL DE PRODUÇÃO	META	
		ANUAL	MENSAL
Urgência/Emergência	3.600	42.000	3.500

QUADRO III – Meta mensal de procedimentos cirúrgicos, atendimento ambulatorial, SADT e atos multidisciplinares - HUGO			
PROCEDIMENTO	MÉDIA MENSAL DE PRODUÇÃO	META	
		ANUAL	MENSAL
Procedimentos cirúrgicos	960	11.520	960
Atendimento ambulatorial: retorno dos pacientes internados nas clínicas médica e cirúrgica	1.600	18.000	1.500
Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico	30.760	369.120	30.760
Atos multidisciplinares	94.800	1.137.600	94.800

QUADRO IV – Metas estabelecidas de média de permanência hospitalar e taxa de ocupação hospitalar por setor de internação - HUGO		
LEITO/ESPECIALIDADE	Média de permanência (dias)	Taxa de ocupação (%)
Observação	3,5	90
Reanimação Trauma	0,8 (3h)	90
Internação – Clínica médica	8,0	90
Internação – Clínica cirúrgica	6,0	90
Traumatologia	6,0	90
UTI	11,0	90

QUADRO V – Metas de densidade de incidência de infecção relacionada a assistência a saúde por setor de internação	
LEITO/ESPECIALIDADE	META (%)
UTI I	34,28
UTI II	26,32
UTI III	31,22
UTI IV	21,02
Traumatologia	5,43
Clínica cirúrgica	8,64
Clínica médica	14,96

Instituto GERIR
Fls. 24

QUADRO VI – Indicadores de desempenho e qualidade HUGO		
INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	META
Taxa de mortalidade global	Taxa = (Total de óbitos ocorridos no período ÷ total de altas e óbitos no mesmo período) X 100	4,72%
Taxa de ocupação hospitalar por setor de internação	Taxa = (Total de pacientes/dia no período de 1 mês ÷ total de leitos operacionais/dia no período) X 100	Conforme Quadro IV
Média de permanência hospitalar por setor de internação	Média = Total de pacientes/dia no período de 1 mês ÷ total de pacientes saídos no mesmo período	Conforme Quadro IV
Densidade de incidência de infecção por setor de internação	Densidade = (Nº de IRAS no Setor ÷ Total de paciente-dia/setor) X 1000	Conforme Quadro V
Tempo médio de entrega de resultados de exames	Tempo = Data da solicitação do exame ÷ Data de realização do exame	24 hs
Índice de resultado financeiro	IRS = Receita total no período ÷ Despesa total no mesmo período	>1
Índice de satisfação da clientela	ISC = (Total de avaliação entre bom e ótimo ÷ Total de pessoas pesquisadas) X 100	>80%
Razão de evolução da produção e faturamento	Razão = ∑ janeiro/dezembro do ano em monitoramento ÷ ∑ janeiro/dezembro do ano anterior	>1

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Relativamente aos leitos acrescidos pela cláusula terceira deste termo aditivo, o CONTRATADO cumprirá as metas abaixo, que passam a ser parte integrante das metas pactuadas no Anexo II do Contrato de Gestão nº 064/2012.

LEITO/ESPECIALIDADE	Capacidade instalada: nº de leitos	Nº de leitos dia	Média de permanência (dias)	Taxa de ocupação (%)	Meta Mensal
Leito de internação geral	CG: 191	5.730	6,0	90	859
	Novos: 46	1.380	6,0	90	207
TOTAL	237	7.110	6,0	90	1.066

PARÁGRAFO SEGUNDO – O monitoramento e a avaliação do cumprimento das metas por macro indicador contemplarão também o acompanhamento dos procedimentos realizados por especialidades, não sendo aceitável a redução do número de procedimentos apresentados e aprovados pelo DATASUS, em relação ao realizado no exercício anterior.

CLÁUSULA SEXTA – DA HABILITAÇÃO COMO CAPTADORA DE ÓRGÃOS E TECIDOS
A CONTRATADA obriga-se a promover a estruturação do HUGO, para habilitação como unidade captadora de órgãos e tecidos junto ao Ministério da Saúde.
PARÁGRAFO ÚNICO – Pelas obrigações contraídas nesta cláusula não será devido pagamento de qualquer espécie pelo CONTRATANTE.

Instituto GERIR
Fls. 25

CLÁUSULA SÉTIMA – DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO

Fica alterada a cláusula oitava do Contrato de Gestão n° 64/2012, que passa a vigorar com a seguinte redação:

> "O monitoramento e a avaliação do Contrato de Gestão serão realizados pela Assessoria de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais-AGPOS, da Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde/SUNAS, e pela Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão/COMACG, nos termos estabelecidos pela Portaria nº 276/2013-GAB/SES/GO, de 30/08/2013, do Secretário de Estado da Saúde."

CLÁUSULA OITAVA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados abaixo, conforme Notas de Empenho nºs 057 e 058 de 23/10/2013, e 060 e 061 de 05/11/2013, nos valores, respectivamente, de R$ 10.775.469,74 (dez milhões setecentos e setenta e cinco mil quatrocentos e sessenta e nove reais e setenta e quatro centavos), R$ 18.739.935,20 (dezoito milhões setecentos e trinta e nove mil e novecentos e trinta e cinco reais e vinte centavos), R$ 13.988.023,06 (treze milhões novecentos e oitenta e oito mil vinte e três reais e seis centavos) e R$ 5.153.482,18 (cinco milhões cento e cinquenta e três mil e quatrocentos e oitenta e dois reais e dezoito centavos), ficando o valor restante a ser empenhado nos exercícios seguintes, se for o caso.

Descrição	Código	Denominação
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual De Saúde
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar E Ambulatorial
Programa	1023	Programa Promoção E Garantia Da Assistência Integral À Saúde
Ação	1265	Implantação De Um Modelo De Gerenciamento Hospitalar Com Publicização E Parcerias Com O Terceiro Setor
Grupo De Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte De Recurso	00	Receitas Ordinárias

CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA

O presente termo aditivo vigerá de 01/06/2013 a 08/05/2014, prorrogável por interesse das partes, mediante autorização do Secretário de Estado da Saúde e parecer favorável da AGPOS e da AGR, quanto à avaliação das metas de produção e dos indicadores de desempenho e qualidade.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato de Gestão nº 64/2012 e de seus 1° e 2º termos aditivos, naquilo que não conflite com o pactuado no presente

Instituto GERIR
Fls. 26

FOLHA 5732 GC
S. E. S.
Fls: 1597
6

instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO
O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua outorga, às expensas do CONTRATANTE.

E por estarem acordes, assinam as partes em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza seus jurídicos e desejados efeitos.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, Goiânia, 1º de maio de 2013.

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
PROCURADOR-GERAL DO ESTADO DE GOIÁS

HUMBERTO TANNÚS JÚNIOR
INTERVENIENTE

1º Tab.

ANTONIO FALEIROS FILHO
CONTRATANTE

EDUARDO RECHE SOUZA
CONTRATADO

- TESTEMUNHAS:

1. NOME: _____ **CI/RG:** _____

2. NOME: _____ **CI/RG:** _____

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura de 467636 - EDUARDO RECHE DE SOUZA
analisa a de meu arquivo | Dou Fé
Goiânia/GO - 01/11/2013 08:27:26 - U.2.48
Nr. Selo Eletrônico - 02011309091629023039565
Em Testemunho da verdade
João Paulo Pereira Leita Barreto
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
TABELIONATO DE NOTAS 1º Goiânia-GO

Instituto GERIR
Fls. 27

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

Superintendência de Planejamento Gestão e Finanças
Gerência de Contratos e Convênios

S. E. S
Fls: 1598
6
Rubrica

TERMO ADITIVO Nº 49/2012 - SES-GO

Primeiro Termo Aditivo de Acréscimo ao Contrato de Gestão nº 64/2012-SES-GO, que tem como objeto: 26 (vinte e seis) novos leitos de U.T.I. para o HUGO.

PARTÍCIPES:

CONTRATANTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1 nº 299 – Parque Santa Cruz, nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **ANTONIO FALEIROS FILHO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 2001732 SSP/GO e CPF nº 118.971.206 - 72, residente e domiciliado em Goiânia/GO, juntamente com a **PROCURADORIA GERAL DO ESTADO**, representada pelo Procurador Geral **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, doravante denominada **CONTRATANTE.**

INTERVENIENTE:

AGÊNCIA GOIANA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS – AGR, nos termos do disposto no § 4º do art. 1º e no inciso XXIV do art. 2º da Lei Nº 13.569, de 27 de dezembro de 1999, com a redação dada pela Lei Nº 17.268, de 04 de fevereiro de 2011, representada por seu Conselheiro Presidente, **HUMBERTO TANNÚS JUNIOR**, brasileiro, divorciado, economista, portador do RG nº 472932 – DGPC e do CPF nº 167.058.231-00, residente e domiciliado em Goiânia/GO, doravante denominada **INTERVENIENTE.**

CONTRATADA:

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES, inscrito no CNPJ nº 14.963.977/0001-19 com endereço na Rua 89 n.º 526, QD. F-29, Lote 58, Setor Sul, CEP 74.093-140, no Município de Goiânia, no Estado de Goiás, com Estatuto registrado no dia 09 de março de 2012, às fls.019 Livro número 1027391 no Cartório de 1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia-GO, neste momento representado pelo Presidente, **EDUARDO RECHE SOUZA**, brasileiro, solteiro, empresário, portador da cédula de identidade RG nº 25.244.616-1/SSP/SP, com CPF nº 273.192.168-41 neste ato denominada **CONTRATADA**, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, mediante as cláusulas e condições a seguir delineadas:

01. CLÁUSULA PRIMEIRA - FUNDAMENTO LEGAL:

01.1- O presente instrumento decorre de Ata da Audiência relativa ao Processo nº 16344-81.2011.4.01.3500 Classe 7100 – Ação Civil Pública MPF X União e outros (fls. 5289/5291), de Justificativas da Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde-SUNAS às fls. 5258/5259 e 5266/5267, da previsão contida no Contrato de Gestão nº 64/2012-SES/GO, fls. 5165/5213, em sua cláusula quinta e de autorização da autoridade competente às fls. 5351, Resolução n.º 001/2013, de 25 de janeiro de 2013 do Conselho Estadual de Investimentos, Parcerias e Desestatização – CIPAD, com aprovação da minuta deste termo aditivo às fls. 5391/5392, Ofício nº. 013/2013 – SUNAS/SES e do interesse da contratada, nos moldes do art. 65, § 1º da Lei nº 8.666/93 e modificações posteriores, tudo constante do processo administrativo nº 201100010017259, ficando, consequentemente, ACRESCIDO o presente contrato, mediante as cláusulas e condições seguintes:

Instituto GERIR
Fls. 28

S. E. S.
Fls: 1599

TCE 1612

02. CLÁUSULA SEGUNDA - OBJETO:

02.1-Constitui objeto do presente Termo Aditivo o acréscimo ao Contrato de Gestão nº 64/2012-SES de 26 (vinte e seis) novos leitos de U.T.I para o HUGO (14 +12 leitos), fls. 825/834, conforme solicitação e justificativa contidas nos documentos da Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde-SUNAS às fls. 5258/5259 e 5266/5267 e no Despacho nº 4197/2012 – AS/GAB/SES, às fls. 5300/5303, para atender a demanda das Unidades da SES, conforme Ata da Audiência relativa ao Processo nº 16344-81.2011.4.01.3500 Classe 7100 – Ação Civil Pública MPF X União e outros (fls. 5289/5291), de Justificativas da Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde-SUNAS às fls. 5258/5259 e 5266/5267 e da previsão contida no Contrato de Gestão nº 64/2012-SES/GO Cláusula, fls. 5165/5213.

03. CLÁUSULA TERCEIRA - VIGÊNCIA:

03.1 – O prazo de vigência deste instrumento será de 09/06/2012 até 08/05/2013, ficando a eficácia condicionada, a partir da data da outorga do Procurador-Geral do Estado e à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás, prorrogável dentro do limite legal, no interesse de ambas as partes, mediante parecer favorável da AGPOS e da AGR, quanto à avaliação das metas de produção e dos indicadores de desempenho e qualidade, autorizada pelo Secretário de Estado da Saúde.

03.2 – O prazo de que trata esta cláusula, poderá ser suspenso, caso ocorra:

a) Paralisação da entrega determinada pela **CONTRATANTE**, por motivo não imputável ao **CONTRATADO**;

b) Por motivo de força maior.

04. CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR:

04.1 – O valor mensal estimado do presente aditivo para acréscimo inicial de 14 leitos é de **R$ 468.510,00** (quatrocentos e sessenta e oito mil, quinhentos e dez reais) e total para o período de 11 meses é de **R$ 5.153.610,00** (Cinco milhões, cento e cinquenta e três mil, seiscentos e dez reais), considerando o valor do leito/dia de **R$ 1.115.50** (Um mil, cento e quinze reais, cinquenta centavos) conforme firmado em Contrato de Gestão nº 64/2012-SES-GO.

04.2 – O valor mensal estimado do presente aditivo para acréscimo dos 12 leitos que totalizam os 26, com início de operacionalização estimado para 09/03/2013 é de **R$ 401.580,00** (Quatrocentos e um mil, quinhentos e oitenta reais) e total para o período de 02 meses é de **R$ 803.160,00** (Oitocentos e três mil, cento e sessenta reais), considerando o valor do leito/dia de **R$ 1.115.50** (Um mil, cento e quinze reais, cinquenta centavos) conforme firmado em Contrato de Gestão nº 64/2012-SES-GO.

04.3 O valor total do Contrato que era de **R$ 94.368.960,00** (noventa e quatro milhões, trezentos e sessenta e oito mil, novecentos e sessenta reais) com o acréscimo dos 26 (vinte e seis) novos leitos será estimado em **R$ 100.325.731,00** (cem milhões, trezentos e vinte e cinco mil, setecentos e trinta e um reais), conforme Requisição de Despesa, às fls. 5354, e Despacho nº 341/2012 – AGPOS/SUNAS/SES, às fls. 5353, constantes do processo nº 201100010017259.

04.4– O valor estimado mensal que era de **R$ 7.864.080,00** (sete milhões, oitocentos e sessenta e quatro mil e oitenta reais) que será composto de uma parcela fixa, correspondente a 80%, e uma parcela variável, correspondente a 20%, definida com base na avaliação do cumprimento das Metas e dos Indicadores de Desempenho e Qualidade, passará a ser de R$ **8.332.590,00** (oito milhões, trezentos e trinta e dois mil, quinhentos e noventa reais) nos repasses de Junho/2012 a Fevereiro/2013 e **R$ 8.734.170,00** (oito milhões, setecentos e trinta e quatro mil, cento e setenta reais) a partir do repasse de Março/2013.

Instituto GERIR
Fls. 29

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

S. E. S.
Fls: 1600

Superintendência de Planejamento Gestão e Finanças
Gerência de Contratos e Convênios

04.5– A despesa correrá conforme quadro abaixo e conforme Notas de Empenhos nº 035 de 14/12/2012, no total de R$ 3.023.005,00 (três milhões, vinte três mil e cinco reais), às fls. 5358/5359, e nº 044 de 14/12/2012, no total de R$ 2.835.601,00 (dois milhões, oitocentos e trinta e cinco mil, seiscentos e um réais), ficando o restante do valor a ser empenhado no exercício seguinte.

TCE 1613

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO	
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Especial de Saúde	
Função	10	Saúde	
Sub-Função	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	
Programa	1023	Programa Promoção e Garantia da Assistência integral à Saúde.	
Ação	2401	Fortalecimento das Ações Estratégicas de Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade	
Fonte de Recurso	23	Transferência Correntes (União)	R$ 2.835.601,00
Ação	2431	Promoção da Qualidade da Assistência Prestada pelas Unidades Assistenciais à População Referenciada	
Fonte de Recurso	20	Recursos Diretamente Arrecadados	R$ 3.023.005,00
Ação	1265	Implantação de um modelo de gerenciamento hospitalar com publicização e parcerias com o terceiro setor	
Fonte de Recurso	0	Receitas Ordinárias	R$ 0,00
Grupo de Despesa	3	Outras despesas correntes	
Elemento de Despesa	90.39.64	Serviço de apoio gerencial, administrativo, técnico e operacional	

04.6 – Nos preços acima estão inclusos todos os impostos, seguros, despesas, custos e encargos devidos em razão da execução deste contrato.

04.7 – Os preços ora pactuados são fixos e irreajustáveis durante toda vigência do contrato.

05. - **CLÁUSULA QUINTA - FORO:**

05.2– Fica eleito o foro da Comarca de Goiânia, Capital do Estado de Goiás, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios acaso surgidos em decorrência do presente instrumento.

06. - **CLÁUSULA SEXTA - DO REGISTRO E PUBLICAÇÃO**

06.1. O presente Termo Aditivo de Acréscimo deverá ser publicado, por extrato, na Imprensa Oficial dentro de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura, correndo as despesas por conta da **CONTRATANTE** conforme prescrito no parágrafo primeiro do artigo 61 da Lei 8.666/93.

06.2. Este termo aditivo será encaminhado, oportunamente, ao Egrégio Tribunal de Contas do Estado para apreciação.

Instituto GERIR
Fls. 30

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
NOSSO ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

S. E. S.
Fls: 1601

Superintendência de Planejamento Gestão e Finanças
Gerência de Contratos e Convênios

06.3. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato de Gestão nº 064/2012 (fls. 5165/5213), todas não colidentes com as introduzidas pelo presente TERMO, que passa a fazer parte integrante daquele INSTRUMENTO.

E, por estarem acordes, assinam este instrumento os representantes das partes e as testemunhas, em duas vias de igual teor e forma para que se alcancem os jurídicos e desejados efeitos.

TCE 1614

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, em Goiânia, aos 20 dias do mês de fevereiro de 2013.

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
PROCURADOR GERAL DO ESTADO DE GOIÁS

HUMBERTO TANNUS JÚNIOR
AGÊNCIA GOIANA DE REGULAÇÃO,
CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS – AGR
INTERVENIENTE

ANTONIO FALEIROS FILHO
CONTRATANTE

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1_____
NOME:
CPF:

2_____
NOME:
CPF:

Instituto GERIR
Fls. 31

S. E. S.
Fls: 1602

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

S. E. S.
Fls: 5056

CONTRATO DE GESTÃO Nº 64/2012-SES-GO

TCE 1615

Contrato de Gestão que entre si celebram a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO e o INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES, qualificada como Organização Social, que visa estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO , para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

CONTRATANTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede no Rua SC- 1 nº 299 – Parque Santa Cruz , nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **ANTONIO FALEIROS FILHO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 2001732 SSP/GO e CPF nº 118.971.206 - 72, residente e domiciliado em Goiânia/GO, juntamente com a **PROCURADORIA GERAL DO ESTADO**, representada pelo Procurador Geral **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, doravante denominada **CONTRATANTE**.

INTERVENIENTE:

AGÊNCIA GOIANA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS – AGR, nos termos do disposto no § 4º do art. 1º e no inciso XXIV do art. 2º da Lei Nº 13.569, de 27 de dezembro de 1999, com a redação dada pela Lei Nº 17.268, de 04 de fevereiro de 2011, representada por seu Conselheiro Presidente, **HUMBERTO TANNÚS JUNIOR**, brasileiro, divorciado, economista, portador do RG nº 472932 – DGPC e do CPF nº 167.058.231-00, residente e domiciliado em Goiânia/GO, doravante denominada **INTERVENIENTE**.

CONTRATADA:

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES, inscrito no CNPJ nº 14.963.977/0001-19 com endereço na Avenida C-255 S/N, QD. 588, Lote 4/8, sala 1005, Setor Nova Suíça, CEP 74.280-010, no Município de Goiânia, no Estado de Goiás, com Estatuto registrado no dia 09 de março de 2012, às fls.019 Livro , número 1027391 no Cartório de 1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia-GO, neste momento representado pelo Presidente, **EDUARDO RECHE SOUZA**, brasileiro, solteiro, empresário, portador da cédula de identidade RG nº 25.244.616-1/SSP/SP, com CPF nº 273.192.168-41 neste ato denominada **CONTRATADA**, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, mediante as cláusulas e condições a seguir delineadas:

Instituto GERIR
Fls. 32

S. E. S.
Fls: 1603
5117 6

CLÁUSULA PRIMEIRA – FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1. O presente Instrumento será celebrado em decorrência do **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 001/2012**, conforme Processo Administrativo nº 201100010017259 e será regido pela Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, Lei nº 9.637/1998, Resolução Normativa nº 007/2011 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, princípios, diretrizes e demais normas do Sistema Único de Saúde – SUS.

1.2. Observada a conveniência e oportunidade, após manifestação de órgãos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, o Secretário de Estado da Saúde poderá editar portarias para, de forma complementar, e observado o princípio da eficiência da Administração Pública e demais constante no *caput* do art. 37, da Constituição Federal, normatizar a execução deste Contrato de Gestão.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. O presente **CONTRATO** tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO**, com a pactuação de Indicadores de Desempenho e Qualidade, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e equânime aos usuários do SUS, em conformidade com os Anexos a seguir elencados, que integram o presente Instrumento, independentemente de transcrição:

a) ANEXO I - Identificação da Unidade Hospitalar e Descrição dos Serviços (contendo programação das atividades e ações)

b) ANEXO II - Metas de Produção

c)ANEXO III - Descrição da Destinação dos Recursos Financeiros (com Cronograma de Desembolso aprovado pelo Órgão)

d) ANEXO IV - Indicadores de Desempenho

e) ANEXO V - Indicadores de Qualidade

f) ANEXO VI - Sistemática de Avaliação de Desempenho Institucional

g) ANEXO VII - Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

h) ANEXO VIII - Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel

i) ANEXO IX - Declaração de que cumpre as Leis Trabalhistas

j) ANEXO X - Planilha de custos relativa ao pessoal cedido, com as especificações dos cargos, valores de remuneração, encargos e demais vantagens.

2.2. O objetivo geral da contratação é consolidar a identidade e a imagem do HUGO como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS em sua região, comprometido com sua missão de atender às necessidades dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência. A finalidade do Contrato de Gestão deverá ser executada de forma a garantir: eficiência, eficácia e efetividade;

2.3. O objetivo do presente Contrato deverá garantir atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido.

Instituto GERIR
Fls. 83

S. E. S.
Fls: 1604

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES TCE 1617 5038

3.1. A **CONTRATADA** compromete-se a:

3.1.1. Cumprir fielmente os ANEXOS descritos no item 2.1 do presente Instrumento.

3.1.2. Assegurar à organização, administração e gerenciamento da Unidade, objeto do presente Contrato, por meio do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida Unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

3.1.3. Quando houver habilitação de novo serviço na Unidade, ainda não incluído no Quadro de Metas, esse serviço deverá ser acrescido mediante termo aditivo, no qual conste a nova pactuação com a data do início da prestação do serviço, com valores e prazos para cumprimento pleno da nova meta.

3.1.4. Atender exclusivamente os usuários do SUS na Unidade de forma a:

a) Garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde prestados.

b) Garantir a integralidade da assistência dentro da sua capacidade instalada.

c) Implementar a Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento com Classificação de Risco.

d) Garantir a resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS.

e) Alcançar elevados índices de satisfação, conforme indicadores de qualidade dos serviços.

f) Promover a Gestão Hospitalar baseada em Sistema de Metas e medida por Indicadores de Desempenho e Qualidade.

g) Garantir requisitos e buscar as habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde – MS.

h) Buscar certificação de qualidade em saúde.

3.1.5. Implantar e manter os Sistemas de Informação do SUS, segundo os critérios da **CONTRATANTE**.

3.1.6. Aderir, implantar e/ou alimentar os sistemas informatizados de Gestão Hospitalar, disponibilizado ou indicado pela **CONTRATANTE**, contemplando todos os modos necessários a gestão da Unidade.

3.1.7. Alimentar, fidedignamente, o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS ou qualquer outro dessa natureza, segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do MS.

3.1.8. Registrar todo faturamento ambulatorial e hospitalar no CNPJ do Fundo Especial de Saúde – FUNESA, de acordo com as normas do MS.

3.1.9. Manter quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da Unidade e com os serviços prestados, conforme estabelecido nas normas sanitárias, para funcionamento ininterrupto 24h e outras detalhadas neste Instrumento.

3.1.10. Firmar e manter contrato de prestação de serviços anestesiológicos ou contratar médicos anestesistas, às suas expensas.

3.1.11. Assistir de forma abrangente aos usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do MS.

Instituto GERIR
Fls. 34

S. E. S.
Fls. 1605
6

3.1.12. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, disposta na Portaria n.º 5009 2838/MS, de 01/12/2011, além do logotipo da Unidade e da **CONTRATADA**.

3.1.13. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade disponibilizando, a qualquer momento, à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados.

3.1.14. Apresentar os documentos de regularidade fiscal exigidos no Instrumento como condição para assinatura do Contrato de Gestão, além da Qualificação como OS no Estado de Goiás.

3.1.15. Manter durante toda a execução do Contrato a compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, bem como todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Chamamento Público.

3.1.16. Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE**, usuários e/ou a terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

3.1.17. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato.

3.1.18. Em nenhuma hipótese cobrar ,direta ou indiretamente, do paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à **CONTRATANTE** o ressarcimento de despesas realizadas e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas.

3.1.19. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato.

3.1.20. Os procedimentos para a contratação de obras, serviços e compras efetuadas com emprego de recursos provenientes do Contrato de Gestão, assim como as alienações, deverão ter, cumprindo os princípios constitucionais, análise e aprovação da **CONTRATANTE**.

3.1.21. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo, no mínimo: nome, documento de identificação com foto e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

3.1.22. Enviar à **CONTRATANTE**, nos prazos e instrumentos por ela definidos, todas as informações sobre as atividades desenvolvidas na Unidade, bem como sobre a movimentação dos recursos financeiros recebidos e realizados.

3.1.23. Encaminhar a **CONTRATANTE** as informações de que trata o item anterior, até o dia 10 do mês subsequente ao das atividades desenvolvidas, ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior.

3.1.24. Em relação aos direitos dos usuários, a **CONTRATADA** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico, considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

d) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

Instituto GERIR
Fls. 35

S. E. S. Fls: 1606

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

i) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

j) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários, exceto nos casos previsto em lei.

3.1.25. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, em papel timbrado, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

S. E. S. 5220

a) Nome do usuário.

b) Nome da Unidade.

c) Motivo da internação (CID-10).

d) Data de admissão e data da alta.

e) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

f) Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.

g) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

h) Ciência do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.

i) Informe hospitalar arquivado no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

3.1.26. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como ao ambulatorial, procedendo a notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da **CONTRATANTE**.

3.1.27. Implantar Pesquisa de Satisfação na alta hospitalar.

3.1.28. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis.

3.1.29. Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela **CONTRATANTE**, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do Serviço de Ouvidoria exigido pelo SUS.

3.1.30. Identificar suas carências nos serviços diagnósticos e/ou terapêuticos que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à **CONTRATANTE**, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

3.1.31. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças de oferta de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da **CONTRATANTE.**

3.1.32. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

3.1.33. Implantar e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, assim como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, bem como manter o Núcleo de Engenharia Clínica, para o bom desempenho dos equipamentos.

Instituto GERIR
Fls. 36

S.E.S.
Fls: 1607
6
5021

3.1.34. Movimentar os recursos financeiros transferidos pela **CONTRATANTE** para a execução do objeto deste Contrato em conta(s) bancária(s) específica(s) e exclusiva(s), vinculada a Unidade, de modo a que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da **CONTRATADA**.

3.1.35. Publicar, anualmente, os relatórios financeiros e o relatório de execução do presente Contrato de Gestão, no Diário Oficial do Estado, até o dia 30 de maio do ano subsequente.

3.1.36. Elaborar e encaminhar à Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização dos Serviços Públicos - **AGR** e à **CONTRATANTE,** em modelos estabelecidos pela **AGR**, relatórios de execução, mensal, até o dia 10 do mês subsequente ao trimestre.

3.1.37. Elaborar e encaminhar relatório consolidado de execução e demonstrativos financeiros, ao final de cada exercício fiscal, devendo ser apresentado à **CONTRATANTE** e à **AGR** até o dia 10 de janeiro do ano subsequente.

3.1.38. Anexar, juntamente com a Prestação de Contas, os comprovantes de quitação de despesas com água, energia elétrica e telefone, efetuados no mês imediatamente anterior, bem como os comprovantes de recolhimento dos encargos sociais e previdenciários relativos ao mês anterior.

3.1.39. Comunicar, à **CONTRATANTE** e à **AGR**, todas as aquisições e doações de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 dias após sua ocorrência.

3.1.40. Tomar conhecimento, o mais breve possível, após assumir o gerenciamento da Unidade dos contratos, convênios, cooperações técnicas e outros instrumentos firmados pela **CONTRATANTE,** manifestando-se, no prazo máximo de 30 dias a contar da assinatura deste, quanto ao interesse em mantê-los.

3.1.41. Havendo interesse em manter os contratos, convênios, cooperações técnicas e outros instrumentos, conforme mencionado no subitem anterior, a **CONTRATADA** deverá assumir tais instrumentos transferindo-os para seu nome.

3.1.42. Permitir o livre acesso da **AGR** e das Comissões instituídas pela **CONTRATANTE**, da Controladoria-Geral do Estado - CGE e do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, em qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com este Instrumento, quando em missão de fiscalização, avaliação ou auditoria.

3.1.43. Elaborar e publicar, no prazo máximo de 90 dias a contar da assinatura deste Instrumento, os regulamentos de recursos humanos, financeiros e de aquisição de bens e serviços realizados com recursos públicos, devendo os mesmos serem, previamente, aprovados pela **CONTRATANTE** e pela **AGR**.

3.1.44. Observar os Indicadores de Desempenho, que são suficientes e adequados para medir o cumprimento das metas, de acordo com o disposto das Resoluções Normativas do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE-GO e suas eventuais alterações.

3.1.45. Realizar processo seletivo para contratação de Recursos Humanos com a divulgação na Imprensa Oficial, além de manter capacitação permanente dos profissionais que prestam os serviços relacionados ao presente Contrato de Gestão.

3.1.46. Garantir a segurança patrimonial e pessoal dos usuários do SUS que estão sob sua responsabilidade, bem como a de todos que trabalham na Unidade.

3.1.47. Providenciar a negociação e celebração de acordos coletivos de trabalho vinculados ao cumprimento das metas estipuladas, à redução interna dos custos ou ao aumento da produtividade da instituição, sempre compatíveis com o praticado no mercado de trabalho.

3.1.48. Prever, em regulamento de compras, que a entidade não mantenha nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional, como contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários, dentre outros, com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

3.1.49. Elaborar regulamento próprio contendo os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, compras e alienações, consubstanciados nos princípios gerais de licitação, aprovado pelo Conselho da Administração e publicado no Diário Oficial do Estado no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura do Contrato de Gestão.

Instituto GERIR
Fls: 37

S. E. S.
Fls: 1608
6
5922

3.1.50. Contemplar, no regulamento referido no item 3.1.49, cláusulas dispondo sobre:

a) Realização de procedimentos de compras e contratações abertos e acessíveis ao público.

b) Destinação dos bens móveis e imóveis adquiridos pela **CONTRATADA** com recursos públicos, vinculada, exclusivamente, à execução do Contrato de Gestão.

c) Inalienabilidade dos bens móveis adquiridos com recurso públicos.

d) Necessidade de anuência do Poder Público para alienação de bens e obrigatoriedade de investimento dos recursos advindos de tais alienações no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão.

e) Utilização de plataforma de gerenciamento eletrônico de aquisições e contratações, similar a plataforma *Bionexo*, utilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

3.1.51. Empreender meios de obter receita própria complementar aos recursos financeiros estimados no item 6.2, respeitando os princípios deontológicos e à missão das entidades qualificadas como organização social, gestora de patrimônio e serviços públicos, desde que respeitada a aplicabilidade para alcance dos objetivos do presente Contrato, podendo prestar serviços ambulatoriais e hospitalares, naquilo que exceder as metas pactuadas no Plano Anual de Trabalho, aos hospitais sob a gerência estadual, que serão objeto de faturamento e pagamento complementar, via administrativa, pela **CONTRATANTE**, tendo como parâmetro de preço a tabela SUS e respeitando o Sistema Estadual de Regulação.

3.1.52. Criar/Alterar seu Regimento Interno obedecendo o disposto no inciso IV do artigo 5º da Resolução Normativa - RN 007/2011 do TCE/GO.

3.1.53. Manter em seu quadro de funcionários o profissional pontuado ou outro com as mesmas certificações ou capacitações técnicas até o final da vigência do Contrato de Gestão, se no processo seletivo houve o recebimento de pontos pela capacidade do seu corpo técnico.

3.1.54. Enviar, *on line*, os registros relativos a todas as despesas realizadas, assim que forem liquidadas, objetivando o controle de custos efetivos e a devida fiscalização, assim que a CONTRATANTE implantar uma central informatizada de controle dos contratos de gestão.

3.2. A **CONTRATANTE** compromete-se a:

3.2.1. Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da Unidade.

3.2.2. Prover a **CONTRATADA** dos recursos financeiros necessários ao fiel cumprimento da execução deste Contrato e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, quando for o caso, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto.

3.2.3. Prestar esclarecimentos e informações à **CONTRATADA** que visem orientá-la na correta prestação dos serviços e metas pactuadas, dirimindo as questões omissas neste Instrumento, dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente Contrato.

3.2.4. Realizar o acompanhamento, mensalmente, por meio da **ASSESSORIA DE GESTÃO DE PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS – AGPOS**, que observará *in loco* o desenvolvimento e cumprimento das atividades de assistência prestada pela **CONTRATADA** aos usuários da Unidade.

3.2.5. Realizar, semestralmente, por meio da **AGPOS**, avaliação global do cumprimento das Metas e do Contrato sob os as aspectos de gestão, contábil, jurídico e, em especial, a assistência aos usuários, emitindo parecer conclusivo, após o devido contraditório.

3.2.6. Manter no sítio da SES/GO e no Portal da Transparência do Governo do Estado, dados sobre este Instrumento, sua execução e avaliação, para consulta, a qualquer tempo, pelos cidadãos e usuários do SUS.

Instituto GERIR
Fls. 38

S. E. S.
Fls: 1609
5093

TCE 1622

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA

4.1. A vigência do presente Instrumento será de 12 meses, a contar da outorga da Procuradoria Geral do Estado e a publicação do Instrumento no Diário Oficial do Estado de Goiás, prorrogável dentro do limite legal, no interesse de ambas as partes, mediante parecer favorável da **AGPOS** e da **AGR** quanto à avaliação das Metas de Produção e dos Indicadores de Desempenho e Qualidade, autorizada pelo Secretário de Estado da Saúde.

4.2. Antes do término da vigência deste Contrato, a **CONTRATANTE** e **AGR,** analisará a conveniência e a oportunidade administrativa de sua renovação.

4.3. Fica pactuado que a **CONTRATANTE**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente Contrato se for de interesse público em razão do não cumprimento dos princípios basilares da Administração Pública.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. O presente Contrato poderá ser alterado, mediante revisão das Metas de Produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, mediante parecer favorável da **AGPOS** e da **AGR** e autorização do Secretário de Estado da Saúde.

5.2. Poderá, também, ser alterado para acréscimos ou supressões nas obrigações, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência.

5.3. As alterações de que tratam os itens acima deverão ser formalizadas, por meio de termos aditivos, devendo para tanto ser respeitado o interesse público e o objeto do presente Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas da **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos seus ativos financeiros e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob sua administração, para o fortalecimento das ações e serviços expressos nos objetivos deste Contrato de Gestão, desde que respeitada a legislação vigente, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

6.2. Para a execução do objeto deste Instrumento, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes deste Contrato e seus Anexos, para um período de 12 meses, conforme quadro abaixo e Nota de empenho nº **00006**, no valor de **R$ 26.318.454,40** e empenho nº **00091**, no valor de **R$ 39.477.681,60**, ambos referente ao período de **20/04/2012** a **31/12/2012**, ficando o restante no valor de **R$ 28.572.824,00** a ser empenhado no exercício seguinte.

Instituto GERIR
Fls. 95

S. E. S. Fls: 1610

S. E. S. 5004

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Especial de Saúde
Função	10	Saúde
Fonte de Recurso	0	Receitas Ordinárias
Sub-Função	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1023	Programa Promoção e Garantia da Assistência integral à Saúde.
Ação	1265	Implantação de um modelo de gerenciamento hospitalar com publicização e parcerias com o terceiro setor
Grupo de Despesa	3	Outras despesas correntes
Elemento de Despesa	90.39.64	Serviço de apoio gerencial, administrativo, técnico e operacional
Valor Indicado 1		**R$ 26.318.454,40**
Sub-Função	122	Administração Geral
Programa	4001	Apoio Administrativo
Ação	4001	Apoio Administrativo
Grupo de Despesa	1	Pessoal e Encargos Sociais
Elemento de Despesa	90.34.01	Pessoal e Encargos
Valor Indicado 2		**R$ 39.477.681,60**

6.2.1. O valor total deste Contrato é estimado em **R$ 94.368.960,00** (noventa e quatro milhões, trezentos e sessenta e oito mil novecentos e sessenta reais).

6.2.2. O valor estimado mensal será de **R$ 7.864.080,00** (sete milhões, oitocentos e sessenta e quatro mil e oitenta reais), que será composto de uma parcela fixa, correspondente a 80%, e uma parcela variável, correspondente a 20%, definida com base na avaliação do cumprimento das Metas e dos Indicadores de Desempenho e Qualidade.

6.3. Quaisquer recursos financeiros oriundos do SUS, de custeio e/ou investimento, necessários ou passíveis de complementação do estabelecido no item 6.1, deverão ser captados e aplicados respeitando as regras de financiamento, gestão e gerência do SUS, bem como o consentimento da **CONTRATANTE**.

6.4. Com o objetivo de captar recursos públicos e privados, a **CONTRATADA** fica autorizada a celebrar convênios com os Poderes Públicos Federal, Estadual e Municipal e iniciativa privada, respeitando os objetivos do presente Contrato, a natureza da **CONTRATADA**, a política de planejamento, regulação, controle e avaliação adotados pela **CONTRATANTE**.

6.5. Os recursos objeto dos itens 6.1, 6.3 e 6.4, deverão ser utilizados de forma complementar aos recursos do Contrato de Gestão, no custeio das atividades desenvolvidas na **CONTRATADA**, nos investimentos destinados a ampliação e melhoria dos serviços e da estrutura física, bem como na manutenção, atualização e renovação tecnológica.

6.6. A liberação dos recursos financeiros deverá ser em conformidade com o Plano de Aplicação e obedecerá rigorosamente ao Quadro de Destinação dos Recursos Financeiros.

6.7. Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato e, preferencialmente, a títulos de investimentos.

6.8. Do total dos recursos financeiros previsto nesta Cláusula, a **CONTRATADA** formará fundos destinados para provisões, com depósitos mensais, em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta já referida, inclusive para fins de rescisões, reclamatórias trabalhistas e ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, mesmo após o término do Contrato.

6.9. As Metas e os Indicadores serão avaliados semestralmente e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de, até, 20% no montante a ser repassado.

6.10. O pagamento do valor constante nesta Cláusula será efetuado conforme as condições a seguir estabelecidas:

Instituto GERIR Fls. 0140

S. E. S. Fls: 1611

a) As parcelas de valor variável serão pagas, mensalmente, junto com a parte fixa, e os eventuais ajustes financeiros das partes variáveis, decorrentes da avaliação do alcance das Metas de Produção e dos Indicadores, serão realizados nos meses subsequentes à essa avaliação.

b) A **CONTRATANTE** deverá efetuar o pagamento, mediante ordem bancária, em moeda corrente, no décimo dia de cada mês, valendo essa ordem como recibo.

5225

6.11. Na vigência do presente Contrato, além do valor global mensal, poderão ser repassados recursos com fins justificados e específicos, a título de investimentos. Entende-se, por investimentos, todos os repasses financeiros pactuados com a **CONTRATADA** e realizados pela **CONTRATANTE** visando melhorias da área física e/ou aquisição de equipamentos.

6.11.1. Os repasses a título de investimento serão efetuados pela **CONTRATANTE** mediante novo processo administrativo específico, onde serão descritas as justificativas e o detalhamento do aporte financeiro a ser realizado, podendo o repasse ser de valor total ou complementar ao investimento realizado pela própria **CONTRATADA**.

6.13. Nos pagamentos a serem realizados, conforme o item 6.2, poderão haver alterações quando da instalação definitiva da Central Remota de Laudos - CRL. Nessa situação, no repasse mensal será descontado o valor relativo ao previsto para realização de exames e emissão de laudos atendidos pela CRL.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS HUMANOS

7.1. A **CONTRATADA** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a realização das ações previstas neste Contrato e seus Anexos, de acordo com um plano de gestão de recursos humanos, considerando um modelo misto de trabalhadores, em que uma parcela será de servidores da **CONTRATADA**, mantidos pela **CONTRATANTE**, e outra parcela de funcionários contratados, mediante processo seletivo, pela **CONTRATADA**.

7.2. A **CONTRATADA** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados necessários na execução dos serviços contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste Contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE**.

7.3. A **CONTRATADA** poderá utilizar, no máximo, 60% dos recursos públicos repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores públicos cedidos à Unidade.

7.4. Utilizar, como critério para remuneração dos empregados contratados a negociação e a celebração de acordos coletivos de trabalho vinculados ao cumprimento das metas estipuladas, à redução interna dos custos ou ao aumento da produtividade da instituição, sempre compatíveis com o praticado no mercado de trabalho.

7.5. A **CONTRATANTE** poderá colocar, à disposição da **CONTRATADA**, servidores públicos estaduais de seu quadro de pessoal permanente, sendo garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela **CONTRATADA** aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido.

7.6. É vedado o pagamento de vantagem pecuniária permanente pela **CONTRATADA** a servidor cedido com recurso proveniente do Contrato de Gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção ou assessoria.

7.7. É vedada a contratação de servidores e empregados públicos em atividade, salvo os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

Instituto GERIR
Fls. 41

S. E. S
Fls: 1612
6

5126

7.8. Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versam sob a vida funcional dos servidores serão mantidos entre a Unidade e a Gerência de Desenvolvimento de Pessoas da Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças .

7.9. A avaliação especial do desempenho dos servidores da SES, em estágio probatório, deverá cumprir o disposto no Decreto nº 5.668/2002 e a avaliação do Prêmio de Incentivo deverá cumprir o disposto na Lei nº 14.600/2003 e Portaria nº 294/2011.

7.10. Os valores referentes à remuneração dos servidores públicos estaduais cedidos para a **CONTRATADA**, serão deduzidos, pela **CONTRATANTE**, dos repasses mensais 30 dias após a assinatura deste Instrumento.

7.11. A **CONTRATANTE** deverá, no prazo máximo de 20 dias a contar da assinatura deste Instrumento, realizar levantamento e informar a **CONTRATADA** acerca dos servidores efetivos que desejam CONTINUAR ou NÃO lotados na Unidade.

7.12. Após a realização desse levantamento, no mínimo, 50% dos recursos humanos necessários à execução dos serviços deverá ser composto por servidores cedidos pela **CONTRATANTE**.

7.13. A **CONTRATANTE** deverá deduzir, do montante total mensal devido à **CONTRATADA**, o valor mensal de seu gasto com folha de pagamento, referente aos servidores da **CONTRATANTE** que permanecerão lotados na Unidade.

7.14. No caso de alterações desses quantitativos, com acréscimos ou reduções do percentual de 50%, os ajustes serão definidos conforme o item 1.2 deste Contrato.

7.15. Considerando que na gestão de trabalhadores adotada para a Unidade há diferenças no regime jurídico (estatutário e celetista), na carga horária e no dimensionamento da necessidade de pessoal, será adotado como critério para cálculo do custo da folha de pagamento dos servidores da **CONTRATANTE**, lotados na Unidade: a razão do dimensionamento da necessidade de servidores entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE** (por níveis), multiplicada pelo número de servidores da **CONTRATANTE** mantidos na Unidade (de cada nível), multiplicado pelos salários e encargos de referência de cada nível da **CONTRATANTE**.

7.16. O processo de remoção dos servidores para outras unidades da SES/GO deverá ocorrer gradualmente, pela **CONTRATANTE**, considerando um prazo de 90 dias.

7.17. Após a realização do levantamento especificado, a **CONTRATANTE** deverá providenciar a formalização do ato de cedência ou afastamento do servidor, sempre garantindo aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

7.18. O desempenho de atividades por servidores públicos, colocados à disposição da **CONTRATADA**, não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza.

7.19. A **CONTRATADA**, em nenhuma hipótese, poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados, bem como os servidores efetivos que estiverem à sua disposição, nos termos da Lei Estadual 15.503/2005 e suas alterações, e que são remunerados à conta deste Instrumento.

7.20. A **CONTRATADA** deverá, em relação aos servidores cedidos pela **CONTRATANTE**, adotar o Programa de Saúde no Serviço Público, regulamentado pelo Decreto Estadual nº 5.757/2003, e a todos empregados, contratados ou cedidos, observar a Norma Regulamentadora – NR- 32 e a Instrução Normativa nº 03/2007.

7.21. A capacitação dos servidores colocados à disposição da **CONTRATADA** será promovida e custeada pela mesma, cabendo a essa autorizar a participação em eventos, observada a necessidade de registro nas respectivas pastas funcionais.

7.22. A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá devolver à **CONTRATANTE** servidor público que lhe foi cedido, justificadamente, e haverá abertura de Processo Administrativo Disciplinar, não podendo ser alegada como justificativa para eventual descumprimento das Metas e/ou dos Indicadores pactuados.

Instituto GÉRIR
Fls. 42

S. E. S.
Fls: 1613
TCE 1626

CLÁUSULA OITAVA - DO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO PELA CONTRATANTE

8.1. A **CONTRATANTE**, responsável pelo acompanhamento e avaliação, instituiu, por meio da **Portaria 089/2012-GAB/SES-GO**, de 15/03/2012 a Assessoria de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais – **AGPOS,** vinculada a Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde – **SUNAS**, para esse fim.

8.2. Será instituída uma Comissão Unificada de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão – COMACG, para acompanhar este Contrato de Gestão, composta por, no mínimo, 3 membros, sendo:

a) 1 representante da **AGPOS**, coordenador da Comissão.

b) 1 representante da Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde – **SCATS**.

c) 1 representante da **CONTRATADA**.

8.3. A execução do presente instrumento será acompanhada pela **AGPOS** e **COMACG**, por meio dos dispostos neste Contrato, seus Anexos e instrumentos definidos pela **CONTRATANTE.**

8.4. A **AGPOS** e/ou **COMACG** receberá, da **CONTRATADA** a Prestação de Contas semestral, podendo solicitar, a qualquer tempo, documentos complementares para subsidiar seus trabalhos.

8.5. A **AGPOS** encaminhará o Relatório Técnico da Avaliação ao Secretário de Estado da Saúde e à Gerência de Contratos e Convênios - GCC, que o enviará a **CONTRATADA** para ciência e justificativa.

8.6. A **CONTRATADA**, após receber o relatório técnico, tem o prazo de 15 dias úteis para apresentar justificativas, que serão analisadas pela **AGPOS** e/ou **COMACG**, emitindo-se o Parecer Final, que será encaminhado ao Secretário de Estado da Saúde, bem como, à Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, conforme dispõe o art.10, § 3°, da Lei n° 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

8.7. O Parecer Final deverá ser objeto de criteriosa análise pelo Secretário de Estado da Saúde, que determinará, à **CONTRATADA,** as correções, que eventualmente se fizerem necessárias, para garantir a plena eficácia do Contrato de Gestão. Se essas falhas ainda persistirem, encaminhará expediente ao Governador do Estado que deliberará acerca da manutenção da qualificação da Entidade como Organização Social.

8.8. Após ciência e aprovação do Parecer Final pelo Secretário de Estado da Saúde, o mesmo deverá ser encaminhado à Controladoria-Geral do Estado – CGE e ao Tribunal de Contas do Estado – TCE, ficando toda documentação disponível a qualquer tempo sempre que requisitada.

8.9. A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação pela **CONTRATADA**, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da Prestação de Contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.

8.10. A **CONTRATANTE** poderá exigir da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos e informações constantes dos relatórios.

8.11. A **AGPOS**, responsável pelo acompanhamento e avaliação deste Contrato, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, deverá comunicar, imediatamente, ao Secretário de Estado da Saúde, que dará ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

8.12. A **CONTRATANTE** fiscalizará o pagamento dos funcionários admitidos pela **CONTRATADA**, visando aferir a compatibilidade da carga horária, o correto recolhimento dos valores dos encargos

Instituto GERIR
Fls.

TCE 1627 S. E. S. Fls: 1614

devidos, assim como para evitar pagamentos em duplicidade sem compatibilidade de carga horária, acumulação indevida de cargo ou nepotismo.

8.13. A **CONTRATADA** se obriga a permitir, a qualquer tempo, acesso a toda a documentação relacionada com o cumprimento deste Contrato de Gestão, por servidores credenciados da **CONTRATANTE** e/ou da **AGR**, para a realização das suas tarefas de acompanhamento e avaliação pela **CONTRATANTE** e de regulação, controle e fiscalização, em sua atribuição legal, pela **AGR**, bem como de terceiros contratados e credenciados para assistir e subsidiar com informações pertinentes as atribuições desses servidores.

8.14. A **CONTRATANTE**, por meio da **AGPOS** e/ou **COMACG**, e a **AGR** darão especial atenção ao cumprimento das Metas e Indicadores de Desempenho e de Qualidade e definirão, em separado, o valor variável, previsto no item 6.10 deste Contrato de Gestão, a ser objeto de acerto com a **CONTRATADA**.

8.15. No caso dos valores, calculados pela **AGPOS** e pela **AGR,** mostrarem diferenças superiores a 5% em relação aos dois cálculos, eles terão que ser revistos, em conjunto, pela **AGPOS** e pela **AGR**.

S. E. S. 5028

CLÁUSULA NONA – DOS BENS PÚBLICOS

9.1. Os bens públicos necessários ao cumprimento do Contrato de Gestão serão destinados à **CONTRATADA,** mediante Termo de Permissão de Uso, conforme Anexos VII e VIII.

9.2. Os bens móveis públicos permitidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual ou maior valor, desde que previamente autorizada pela **CONTRATANTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionado à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado.

9.3. Permanecem cedidos à **CONTRATADA**, a título de permissão de uso, observados os requisitos estabelecidos no art.3º, inciso II, alínea "a" do Decreto nº 5.061 de 18 de junho de 1.999, e pelo prazo do presente Contrato, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações constantes na Permissão de Uso, cabendo à **PERMISSIONÁRIA** mantê-los e deles cuidar como se seus fossem, restrito o uso e destinação à consecução das finalidades traçadas e observados os objetivos e metas previstos neste Instrumento.

9.4. Faculta-se seu uso em ações que visem o fortalecimento de parcerias técnicas, científicas e profissionais, com ou sem geração de recursos financeiros, desde que previstas no estatuto da **CONTRATADA**, e os valores arrecadados se revertam para a manutenção dos serviços, e/ou ampliação do número de pacientes atendidos, e/ou reaparelhamento do acervo patrimonial, respeitando os objetivos e obrigações deste Contrato.

9.5. A **CONTRATADA** deverá, trimestralmente, apresentar Relatórios à **CONTRATANTE** especificando os bens objetos dos Termos de Permissão de Uso, com as respectivas classificações, qualificações e estado de conservação.

CLÁUSULA DÉCIMA– DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

10.1. A Prestação de Contas, a ser apresentada semestralmente e a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, far-se-á por meio de relatório pertinente à execução deste Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizadas.

Instituto GERIR Fls. 44

S. E. S.
Fls: 1615
6
5029

10.2. A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade determinada.

10.3. A Prestação de Contas deverá conter, no **mínimo**, as seguintes informações:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatório de Cumprimento de Metas.

c) Relatórios referentes aos Indicadores de Desempenho e Qualidade estabelecidos para a Unidade.

d) Relatório de Custos.

e) Censo de origem dos usuários atendidos.

f) Pesquisa de Satisfação de usuários e acompanhantes.

g) Relação de servidores remunerados em razão de exercício de função temporária de assessoria ou direção.

h) Relatório detalhando a qualificação e o estado de conservação dos bens constantes do Termo de Permissão de Uso.

i) Outras, a serem definidas, de acordo com o tipo da Unidade.

j) Todos os outros elementos exigidos pelo artigo 21 da RN 007/2011 do TCE/GO.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA– DA REGULAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA CONTRATADA PELA AGR

11.1. A regulação, controle e fiscalização das atividades da **CONTRATADA**, com base nas disposições deste Contrato de Gestão e da Lei Nº 13.569, de 27 de dezembro de 1999 e seu Regulamento, será feita pela Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – **AGR**.

11.1.1. A regulação, controle e fiscalização considerará com especial atenção o disposto no art. 2º da Lei 13.569/1999 e ainda:

I – A regulação, controle e fiscalização serão feitas com inteira independência decisória em relação a qualquer ente público ou privado, com tecnicidade, transparência, objetividade e celeridade em suas ações, determinados pelo art. 4º da Lei Nº 17.268, de 04 de fevereiro de 2011.

II – O reajuste anual dos valores deste Contrato de Gestão e a sua revisão a cada 5 anos.

III – A edição de normas regulatórias com base na Constituição, leis, decretos e neste Contrato de Gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

12.1. Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** poderá assumir, imediatamente, a execução dos serviços objeto deste Contrato, bem como a administração da Unidade, qualquer que seja o estado de conservação que se encontre.

12.1.1. Ocorrendo o previsto no subitem 12.1, a **CONTRATANTE** assumirá a gestão da Unidade com todas as instalações, equipamentos e recursos humanos necessários ao regular funcionamento da Unidade, sejam admitidos pela **CONTRATADA** e/ou cedidos pela **CONTRATANTE**.

Instituto GERIR
Fls. 45

S. E. S.
Fls: 1616

12.1.2. Acontecendo o previsto nos subitens 12.1, todas as despesas e custos decorrentes da intervenção passarão a ser de responsabilidade da **CONTRATANTE** até que a intervenção seja suspensa, quando a situação emergencial for superada e/ou regularizada, com a volta da própria **CONTRATADA**, se for o caso, ou com a contratação de outra Organização Social que venha a substituí-la ou, ainda, com a assunção direta da gestão da Unidade pela própria **CONTRATANTE** em caráter definitivo, se essa for a decisão governamental.

12.2. O Estado possui a prerrogativa, por meio da Controladoria-Geral do Estado, de exercer a fiscalização sobre a execução e aplicação dos recursos financeiros.

5130

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

13.1. A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários, aos órgãos do SUS e a terceiros a esses vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados neste Instrumento sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS PENALIDADES

14.1. A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **AGR**, garantida a plena defesa e o contraditório, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência.

b) Multa.

c) Suspensão temporária de participar de processos de seleção com o Estado de Goiás, por prazo não superior a 02 anos.

14.2. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA.**

14.3. As sanções previstas nas alíneas "a" e "c", desta cláusula, poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

14.4. Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 15 dias para interpor recurso, dirigido ao Conselho Regulador da **AGR**.

14.5. O valor da multa que vier a ser aplicada, após o seu trânsito em julgado, será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual.

14.6. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

Instituto GERIR
Fls. 46

S. E. S.
Fls: 1617

TCE 1630

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RESCISÃO

15.1. O presente Instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações:

I - Por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de comprovada má gestão, culpa e/ou dolo.

II - Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público.

III - Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 30 dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 10 dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

IV - Se houver alterações do estatuto da **CONTRATADA** que implique em modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução do presente Instrumento.

V - Pela superveniência de norma legal ou evento que torne material ou formalmente inexequível o presente Instrumento, com comunicação prévia de 60 dias.

15.2. Verificada a hipótese de rescisão contratual com fundamento nos incisos I e IV do item 15.1, a **CONTRATANTE** providenciará a Revogação da Permissão de Uso, existente em decorrência do presente Instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis após a conclusão de processo administrativo que garantirá o Princípio do Contraditório e Ampla defesa.

15.3. Em caso de deliberação pela rescisão, essa será precedida de processo administrativo assegurado o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da entidade como Organização Social.

15.4. Ocorrendo à extinção ou desqualificação da Organização Social ou rescisão do Contrato de Gestão, acarretará:

a) A rescisão ou distrato do Termo de Permissão de Uso dos Bens Móveis e Imóveis, a imediata reversão desses bens ao patrimônio da **CONTRATANTE,** bem como os bens adquiridos com recursos financeiros recebidos em decorrência do objeto deste Contrato.

b) A cessação das cedências e afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA.**

c) A incorporação ao patrimônio do Estado dos bens doados, adquiridos e dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados, conforme letra I, inciso II do artigo 2º da Lei 15.503/2005.

d) Disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **HOSPITAL**, as fichas e prontuários dos usuários.

15.5. Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, ressalvada a hipótese de inadimplemento da **CONTRATANTE**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde contratados pelo prazo mínimo de 120 dias, contados da denúncia do Contrato de Gestão.

15.6. A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 120 dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE.**

15.7. Na hipótese do inciso III do item 15.1, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA**, exclusivamente em decorrência do retardo na

Instituto GERIR
Fls. 47

S. E. S. Fls: 1618

transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE.**

15.8. Os valores de que trata a Cláusula Sexta item 6.4 serão revertidos ao patrimônio do Estado em 5 anos contados da rescisão ou enquanto perdurarem pendências judiciais, sempre mantidos em conta específica para esse fim, com as devidas aplicações financeiras.

5332

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA– DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DA CONTRATADA

16. A **CONTRATADA** obriga-se a manter, permanentemente, no mínimo, as seguintes ações de transparência:

I – Manter em seu site na internet um portal de transparência em que, obrigatoriamente, sejam mostrados:

a) o Contrato de Gestão e seus eventuais aditivos

b) o seu regulamento de contratação de bens e serviços

c) todos os contratos que tenha assinado

d) seus registros contábeis, balanços e balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades

e) relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido

f) atas de suas reuniões

g) regulamento de contratação de pessoal

h) chamamento público, com critérios técnicos e objetivos, para recrutamento e seleção dos empregados

i) resultados dos processos seletivos simplificados

j) relação mensal dos servidores públicos cedidos

k) relação mensal dos servidores que foram devolvidos ao Estado de Goiás

l) relação dos membros da diretoria e das chefias de seu organograma;

m) pareceres técnicos e jurídicos sobre qualquer assunto, ação ou atividade que tenham sido emitidos.

II- Toda interpelação acerca do serviço público prestado pela **CONTRATADA**, feita por autoridade ou por pessoa do povo, deve ser prontamente respondida.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

17.1. As partes **CONTRATANTES** elegem o Foro da Comarca de Goiânia como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato de Gestão que não puder ser resolvida amigavelmente, renunciando a outro qualquer por mais privilegiado que se configure.

Instituto GERIR
Fls. 48

TCE 1632

S. E. S
Fls: 1619
6

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. O presente Contrato terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 dias contados da data de sua assinatura.

18.2. Este Contrato será encaminhado, oportunamente, ao Egrégio Tribunal de Contas do Estado de Goiás para apreciação.

E por estarem acordes, assinam este Instrumento os representantes das partes, em duas vias de igual teor e forma, para que alcancem os jurídicos e desejados efeitos.

Goiânia, _____ de _____ de 2012.

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
PROCURADOR GERAL DO ESTADO

HUMBERTO TANNÚS JÚNIOR
Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – AGR
INTERVENIENTE

ANTONIO FALEIROS FILHO
CONTRATANTE

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome: Heber Affonso L. Teles
RG n. 20.373 DGPC/GO
CPF n. 655.130.791-15

Nome: Thiago Sobreira da Silva
RG n. 7840 OAB/TM
CPF n. 822.229.273-19

Instituto GERIR
Fls. 749

ANEXO I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

5334

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO

CNES: 2338262

Endereço: Av. 31 de março s/n Setor Pedro Ludovico Teixeira- Goiânia – GO - CEP: 74.820-200.

Tipo de Unidade: Hospital de Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária. Unidade de Referência para atendimento de Urgência e Emergência de Média e Alta Complexidade devidamente referenciado pelos Complexos Reguladores Estadual/Municipal.

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Gestão do Sistema: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

2. INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, proprietária e Gerente da Unidade de Saúde acima identificada, no intuito de atender aos princípios basilares da Administração Pública e do Sistema Único de Saúde – SUS, apresenta o Termo de Referência para os candidatos ao certame no qual será selecionado a proposta pelo critério de melhor técnica.

Além desses princípios, os candidatos deverão observar os seguintes objetivos específicos:

- A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário.
- Resolubilidade e qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS.
- Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas.
- Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde – MS.
- Busca de certificação de qualidade .
- A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino: estágios de Graduação e Pós Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós Graduação Sensu Lato, Especialização e Residência Multiprofissional e em áreas especializadas, em conformidade com as legislações vigentes.

Instituto GERIR
Fls. 50

S. E. S.
Fls: 1621
Rubrica

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

Hospital de Assistência, Ensino e Pesquisa, tendo como prioridade o trauma, em pacientes de qualquer faixa etária, especializado em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, regulados pelos Complexos Reguladores Estadual/Municipal, sendo referência para a Região Metropolitana de Goiânia e todo o Estado, com funcionamento 24 horas ininterruptamente. Possui arquitetura verticalizada, com a seguinte capacidade instalada:

5035

3.1. Pronto Atendimento - P.A

Unidade de Trauma	10 Box de Reanimação
Emergência Clínica	12 leitos
Observação	32 leitos
Sala de Classificação de Risco	1
Total	**54 leitos**

3.2. Traumatologia

Localizado no 4º andar, com 69 leitos assim distribuídos:

Traumatologia 1	17 Enfermarias	34 leitos
Traumatologia 2	15 Enfermarias	35 leitos
Total		**69 leitos**

3.3. Clínica Médica e Clínica Cirúrgica

Localizadas no 5º andar, com 66 leitos distribuídos por especialidades conforme descrito abaixo:

Clínica Médica	Escolta/ SSP-GO	4 leitos
	Clínica Médica	8 leitos
	Neurologia	6 leitos
	Cardiologia	8 leitos
	Geriatria	4 leitos
Clínica Cirúrgica	Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular	38 leitos
Total		**68 leitos**

3.4. Unidade de Tratamento Intensivo

2 UTI's localizadas no 2º andar e 1 UTI Neurológica localizada no Pronto Atendimento:

Instituto GERIR
Fls. 57

S. E. S.
Fls: 1622
6
5036

UTI 1	10 leitos
UTI 2	20 leitos
UTI Neurológica	14 leitos
Total	**44 leitos**

3.5. Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico possui 10 salas equipadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto todos os dias da semana.

Possui 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA com 8 leitos.

3.6. Ambulatório – Possui 21 salas assim distribuídas:

Gerência Médica	1	
Consultórios da Residência Médica	Clínica Médica	2
	Cardiologia	1
	Retorno da Cirurgia Geral	1
	Ortopedia	1
	Sala de Eletrocardiografia - ECG	1
Sala de Curativo	1	
Odontologia	1	
Fisioterapia	1	
Departamento de Enfermagem	1	
Supervisão Administrativa	1	
Serviço Social	1	
Psicologia	1	
Núcleo Interno de Regulação	3	
Chefia de Enfermagem da Urgência/ Emergência	1	
Gesso/Redução	3	
Total	**21 salas**	

3.7. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

Dispõe de equipamentos e procedimentos de diagnóstico de avançada tecnologia tais como:

Análises Clínicas	Anatomia Patológica	Radiologia Convencional
Ultrassonografia	Tomografia Computadorizada	Endoscopia Digestiva

Instituto GERIR
Fls. 52

S. E. S.
Fls: 1623
Rubrica
5037

Broncoscopia	Eletrocardiografia	Ecocardiografia
Dupplex Scan	Colonoscopia	Hemoterapia

A Divisão de Imagiologia está localizada no Pronto Atendimento – P.A e possui 13 salas assim distribuídas:

TCE 1636

Radiologia	5
Tomografia Computadorizada	2
Ultrassonografia	1
Endoscopia	1
Broncoscopia	1
Ecocardiografia	1
Administração	2
Total	**13 salas**

4. ENSINO E PESQUISA

É de fundamental importância a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão nos hospitais da rede hospitalar da SES/GO. A Unidade encontra-se em fase final de preparação para dar entrada no processo de certificação junto ao Ministério da Saúde/Ministério da Educação, com o objetivo de obter o Certificado de Hospital de Ensino e Pesquisa do SUS.

A certificação do MEC/MS é reconhecida nacionalmente como um quesito de excelência em qualidade da instituição de saúde, à semelhança dos certificados de acreditação hospitalar.

A Unidade deverá atender a Portaria Interministerial MS/MEC nº 2400/2007, de 02/10/2007, que regulamenta o processo de certificação.

4.1. Residência Médica

A duração média de cada Residência Médica é de 2 anos.

Nº de vagas por especialidade	
Especialidade	**Quantitativo**
Clínica Médica	10
Geriatria	4
Neurologia	2
Cardiologia	2
Ortopedia	4
Cirurgia Geral	5
* Medicina Intensiva	2
Total	**29 vagas**

* O processo encontra-se em tramitação

Instituto GERIR
Fls. 53

S. E. S
Fls: 1624
Rubrica

TCE 1637

Equipe de Preceptores

PROGRAMAS	Nº DE PRECEPTORES (carga horária 20 horas)
Clínica Médica	5
Geriatria	4
Neurologia	2
Cardiologia	5
Ortopedia	13
Cirurgia Geral	13
Medicina Intensiva	1
TOTAL	**43**

5038

Os preceptores são médicos selecionados e contratados pela SES-GO, preferencialmente mestre, doutor ou especialista em sua área profissional.

4.2. Educação Continuada

Incentivo ao aprimoramento dos servidores, estimulando treinamentos e patrocinando frequência a cursos tipo *Advanced Trauma Life Support - ATLS, Advanced Cardiac Life Support – ACLS, Fundamental Critical Care Support - FCCS* e outros, visando a capacitação técnica e a atualização dos profissionais da Unidade no atendimento ao usuário.

4.3. Composição Física

- 03 salas de aulas bem equipadas
- 01 Auditório
- 01 Biblioteca
- 01 sala administrativa
- 03 repousos

4.4. Biblioteca

Serviços disponíveis aos usuários:

- Serviços de informação com acervo especializado na área da saúde e atendimento à pesquisa no local e nas bases de dados da Bireme, Scielo e outras
- Informações sobre eventos
- Orientação na apresentação de monografias e projetos de pesquisas
- Orientação aos médicos residentes na normalização de seus trabalhos de conclusão de Residência
- Levantamento bibliográfico
- Divulgação de novas aquisições da biblioteca por e-mail aos residentes e demais cadastrados
- Acervo local de literatura
- Disponibilidade de grande diversidade de periódicos correntes

Instituto GERIR
Fls. 54

S. E. S.
Fls: 1625
Rubrica

Empréstimo domiciliar e utilização do computador no recinto da Biblioteca para pesquisas na Internet aos servidores do HUGO.

5039

5.PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

5.1. Assistência Hospitalar

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou definir o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento.

5.1.1. No processo de hospitalização estão incluídos:

Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação.

- Tratamentos concomitantes, diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas.
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação.
- Serviço de Alimentação e Nutrição, contemplando a produção de refeições e nutrição enteral e parenteral.
- Assistência por equipe médica especializada.
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos.
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do usuário.
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes e gestantes.
- Sangue e hemoderivados
- Hemodiálise, devendo possuir, no mínimo, uma máquina de Hemodiálise para Terapia Renal Substitutiva - TRS por UTI.
- Exames complementares, tanto laboratoriais quanto de imagem, além das propedêuticas possíveis.
- Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada do SUS.
- Fornecimento de roupas hospitalares.
- Procedimentos especiais necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

Instituto GERIR
Fls. 55

S. E. S.
Fls. 1626
5340

5.2. Atendimento Ambulatorial

Além de consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orientam pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições sempre cooperando com o corpo clínico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporcioná-los assistência imediata .

5.3. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Serão disponibilizados exames e ações de Apoio Diagnóstico e Terapêutico aos usuários atendidos na Unidade.

5.4. Complementação da Assistência

Enfermagem	Fisioterapia	Psicologia
Serviço Social	Fonoaudiologia	Nutrição
Farmácia Clínica	Terapia Ocupacional	Odontologia
Cuidados Paliativos		

5.5. Ensino e Pesquisa

A Unidade desenvolve atividades de Ensino e Pesquisa ofertando campos de práticas para estágios de cursos profissionalizantes, tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO, e Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/ MEC. Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do SUS pela Unidade.

5.6. Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

Se ao longo da vigência do Contrato, de comum acordo entre as partes, a Contratada ou a SES/GO se propuserem a realizar outras atividades diferentes das relacionadas, seja pela introdução de novas diagnoses e /ou terapias, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela SES/GO. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de termo aditivo ao Contrato.

5.7. Requisitos exigidos para execução do Contrato

Tendo em vista que a Unidade funcionará com o perfil descrito, sob Contrato de Gestão, cabe a SES/GO acompanhar os Indicadores definidos no Contrato de Gestão.

Instituto GERIR
Fls. 56

S. E. S. Fls: 1627

5.7.1. A Contratada deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

5.7.2. A Unidade deverá possuir um responsável técnico, Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe.

5.7.3. Cada médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

5.7.4. A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002.

5.7.5. A Unidade deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

5.7.6. A Unidade deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizedos, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

5.7.7. A Unidade deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemple, no mínimo: controle de estoques, do almoxarifado e farmácia, sistema de custos, prontuário médico observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002, serviços de apoio e relatórios gerenciais, que atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios a SES/GO.

5.7.8. A Unidade deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo às Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

5.7.9. A gestão da Unidade deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.

5.7.10. A Unidade deverá fornecer área adequada e mobiliada para descanso de servidores em regime de plantão.

Instituto GERIR Fls. 57

5.7.11. A Unidade deverá manter serviço de manutenção de equipamentos médico-hospitalares e predial, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde.

5.7.12. A Unidade deverá dispor de um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE e constituir legalmente e manter ativas as Comissões :

• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar-SCIH	• Comissão de Ética Médica e de Enfermagem
• Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	• Comissão Multidisciplinar de Bioética
• Comissão de Verificação de Óbitos	• Comissão de Ética em Pesquisa Científica
• Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia	• Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral
• Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos	• Comissão de Residência Médica
• Comissão de Residência Multiprofissional	• Comissão de Educação Permanente
• Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único	• Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde
• Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	• Comissão de Gerenciamento de Riscos relacionados aos produtos para a Saúde, medicamentos, correlatos, saneantes, sangue, hemocomponentes e equipamentos.

5.7.12.1. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá atender a Lei n.º 9431, de 6 de janeiro de 1997, a Portaria MS n.º 2616, de 12 de maio de 1998, e a Instrução Normativa n.º 4, de 24 de fevereiro de 2010.

5.7.12.2. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos deverá implementar ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, de acordo com a RDC da Anvisa nº 306 , de 7 de dezembro de 2004, e Resolução do CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005.

5.7.13. A Unidade deverá manter Serviço de Engenharia e Segurança em Medicina do Trabalho-SESMT, de acordo com as legislações vigentes.

5.7.14. A Unidade deverá constituir e manter servidores para relacionamento com a clientela:

- Ouvidoria e/ou Serviço de Proteção ao Usuário- SEPRU
- Comunicação Social e de Relacionamento com o Usuário

5.8. Serviços a serem implantados/implementados:

- Acrescentar 6 leitos na UTI Neurológica.

- Adequar a Emergência Clínica às normas da Vigilância Sanitária, nos padrões da complexidade dos seus pacientes, com acréscimo de 8 leitos.

- Implementar a Classificação de Risco de acordo com as Portaria Ministeriais.

Instituto GERIR
Fls. 58

S. E. G.
Fls: 1629
Rubrica

S. E. G.
Fls: 5143

- Instalar o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar - NAQH, de acordo com o Programa SOS Emergências, integrante da Rede Saúde Toda Hora do Ministério da Saúde.

- Implantar o serviço de Colonoscopia e Ecodoppler Cardiograma Transesofágico.

- Habilitar o Serviço de Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica, Cirurgia Vascular e Neurocirurgia.

- Implantar, no mínimo, 1 leito de Estabilização/Urgência Clínica por ala de enfermaria.

- Implantar o Serviço de Hemodinâmica Diagnóstica e Terapêutica para atenção aos casos de Acidentes Vásculo - encefálicos e Síndromes Coronarianas Agudas.

- Implantar 10 leitos de UTI Cardiológica.

5.8.1. Serviço de Imagiologia com Central Remota de Laudos

Encontra-se em andamento, para atender aos Hospitais da Rede Própria da SES/GO, procedimento de transferência da gestão do Serviço de Imagiologia para uma Organização Social. A entidade contratada para gerir esse serviço será responsável pela instalação de uma Central Remota de Laudos, assumindo o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de imagiologia dos seguintes exames: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia. Portanto, a Organização Social que assumir a gestão da Unidade estará desobrigada da prestação desse serviço, sendo o valor relativo ao mesmo descontado quando da realização do pagamento.

6. CUSTO ESTIMADO

Para que a proposta da Organização Social, candidata a assumir a gerência da Unidade, seja considerada economicamente viável, o custo mensal de cada leito deverá ser apresentado entre os valores de R$ 30.000,00 e R$ 35.000,00.

Instituto GERIR
Fls. 53

S. E. S.
Fls: 1630
6

TCE 1643

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

Fls: 5944

ANEXO II – METAS DE PRODUÇÃO

1. Atividades mínimas a realizar

1.1. Assistência Hospitalar

1.1.1. Realizar, no mínimo, 90% da meta estabelecida no Plano de Metas de Produção.

1.1.2. O indicador de aferição será a Saída Hospitalar, comprovada por meio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH emitida pelo próprio hospital, processada e faturada pelo DATASUS/MS;

1.1.3. Manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais nas especialidades definidas.

1.2. Ambulatório

Atender os usuários egressos da instituição hospitalar e os usuários encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual/ Municipal para as especialidades previamente definidas.

1.3. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

Realizar os exames abaixo especificados conforme a necessidade dos usuários internados e atendidos na Unidade.

Análises Clínicas	Anatomia Patológica	Radiologia Convencional
Ultrassonografia	Tomografia Computadorizada	Eletrocardiografia
Endoscopia Digestiva	Broncoscopia	Ecocardiografia
Duplex Scan	Colonoscopia	Hemoterapia

1.4. Manter e incrementar o Programa de Residência Médica

Os Programas de Residência Médica - PRM são reconhecidos pelo Ministério da Educação-MEC, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, e estão funcionando nas áreas de: Clínica Médica, Geriatria, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral, Cardiologia e Medicina Intensiva.

A duração média de cada Residência Médica é de 02 anos.

O Hospital encontra-se com solicitação de habilitação como Hospital de Ensino.

2. Compromissos gerais

a) Prestar Assistência Hospitalar e Ambulatorial, priorizando o trauma, em pacientes de qualquer faixa etária, de Média e Alta Complexidade em:

Urgência e Emergência	Clínica Médica
Clínica Cirúrgica	Cirurgia Geral
Cirurgia Vascular	Cirurgia Bucomaxilofacial
Neurologia e Neurocirurgia	Ortopedia/Traumatologia
Cardiologia	Geriatria

Instituto GERIR
Fls. 60

S. E. S. Fls. 1631

Atendimento Complementar:

Fisioterapia	Nutrição	Enfermagem
Farmácia Clínica	Serviço Social	Fonoaudiologia
Odontologia	Terapia Ocupacional	Cuidados Paliativos
Psicologia		

SSHS

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Radiologia Convencional	Tomografia Computadorizada	Ultrassonografia
Hemoterapia	Análises Clínicas	Endoscopia Digestiva
Broncoscopia	Eletrocardiografia	Ecocardiografia
Duplex Scan	Colonoscopia	Anatomia Patológica

b) Manter atividades de aperfeiçoamento e treinamento em serviços nas áreas assistenciais e de suporte técnico e administrativo;

c) Apresentar anualmente trabalhos científicos em congressos, jornadas, simpósios e outros eventos científicos, ou publicá-los em periódicos nacionais e/ou estrangeiros;

d) Constituir legalmente e manter ativas as seguintes Comissões:

• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar-SCIH	• Comissão de Ética Médica e de Enfermagem
• Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	• Comissão Multidisciplinar de Bioética
• Comissão de Verificação de Óbitos	• Comissão de Ética em Pesquisa Científica
• Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia	• Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral
• Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos	• Comissão de Residência Médica
• Comissão de Residência Multiprofissional	• Comissão de Educação Permanente
• Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único	• Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde
• Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	• Comissão de Gerenciamento de Riscos relacionados aos produtos para a Saúde, medicamentos, correlatos, saneantes, sangue, hemocomponentes e equipamentos.

e)Manter um Programa de Qualidade que abranja, em especial, as áreas de:

- Humanização do Atendimento
- Protocolos Clínicos e de Internações.

Instituto GERIR
Fls. 61

S. E. S.
Fls: 1632
Rubrica

TCE 1645

3. Plano de Metas de Produção
3.1. Quantitativos/Metas mensais

LEITOS	CAPACIDADE INSTALADA	LEITOS/DIA	META
Observação/ Suporte	32	960	1728
Reanimação Trauma	10	300	6480
Emergência Clínica	12	360	162
Internação - Clínica Médica	30	900	270
Internação - Clínica Cirúrgica	38	1140	342
Traumatologia	69	2070	621
UTI	44	1320	149

5946

CAPACIDADE TOTAL DE CIRURGIAS POR ESPECIALIDADE	QUANTIDADE
Bucomaxilofacial	90
Cirurgia Geral	240
Ortopedia/Traumatologia	600
Neurocirurgia	90
Cirurgia Vascular	90

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	QUANTIDADE
Urgências / Emergências	4500

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	QUANTIDADE
Retorno dos casos internados Clínicos e Cirúrgicos	2100

SADT	QUANTIDADE
Eletrocardiografia	350
Análises Clínicas	38000
Radiologia Convencional	12000
Tomografia	2800
Ultrassonografia	200
Agência Transfusional	1200
Anatomia Patológica	100
Broncoscopia	100
Duplex Scan	60
Ecocardiografia	120
Gastrostomia Endoscópica	40
Colonoscopia	80
Esofagogastroduodenoscopia-EDA Diagnóstica Terapêutica	80

Instituto GERIR
Fls. 62

S. E. S.
Fls: 1633
6

ATOS NÃO MÉDICOS	QUANTIDADE
Nutrição	1600
Psicologia	20000
Fisioterapia	4000
Serviço Social	5000
Enfermagem	22000
Odontologia	3600
Fonoaudiologia	900
Terapia Ocupacional	160

5047
1

INDICADORES HOSPITALARES	
Média de Permanência	
Observação	12 horas
Reanimação Trauma	1 hora
Emergência Clínica	2 dias
Internação Clínica e Cirúrgica	3 dias
Traumatologia	3 dias
UTI	8 dias
Taxa de Ocupação Hospitalar	90,00%
Taxa de Infecção Hospitalar	9,30%
Taxa de Mortalidade Global	4,72%

6.3.2. Premissas gerais utilizadas na definição do Plano de Metas de Produção

a) Considerar para efeitos de cálculos a atividade ininterrupta de 24 horas durante todo o mês.

b) Metas previstas para alcançar 90% de ocupação da capacidade de internação.

c) Para o cálculo das metas foram utilizados os indicadores Média de Permanência e Taxa de Ocupação Hospitalar, conforme critérios do Ministério da Saúde.

d) Pronto atendimento dimensionado de acordo com a capacidade operacional de atendimento e de acordo com norma da Coordenação Nacional de Urgência – 2048/2002, de abrangência estadual.

e) O desempenho da **CONTRATADA** quanto às Taxas de Infecção Hospitalar e Mortalidade Global será considerado satisfatório pela **CONTRATANTE** quando evidenciar uma redução dos seus valores em comparação ao indicador definido no quadro acima.

f) Não há possibilidade de ser dimensionada a demanda social efetiva para esta Unidade, posto que o atendimento é exclusivo ao SUS, sendo portanto universal, não havendo restrições a nenhum cidadão.

g) Apesar de estar regulada pelos Complexos Reguladores de Urgência, a Unidade é porta de entrada para o atendimento de Urgência/ Emergência de Média e Alta Complexidade.

Instituto GERIR
Fls. 63

S. E. S.
Fls: 1634

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

5548

ANEXO III – DESCRIÇÃO DA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

ITENS DE CUSTEIO	PERCENTUAL	VALOR PROGRAMADO EM R$
Previsão de verba mensal de custeio	100%	R$ 7.864.080,00
Custeio de pessoal	Até 60%	
Custeio de materiais	Até 20%	
Custeio de serviços	Até 15%	
Investimentos	Até 15%	

O pagamento mensal constará de uma parte fixa, 80 %, e uma parte variável, 20%, que será paga de acordo com a Avaliação das Metas de Produção e dos Indicadores. No caso do não cumprimento das metas, o desconto será realizado no meses subsequentes à avaliação.

OBS: A soma dos percentuais fracionados na tabela epigrafada não poderá ultrapassar o valor de 100%, e em caso de não realização de investimentos, o percentual a ele destinado poderá ser utilizado para custeio de material médico hospitalar.

Instituto GERIR
Fls. 64

S. E. S.
Fls: 1635

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

S. E. S.
5049

ANEXO IV – INDICADORES DE DESEMPENHO

1.Taxa de Infecção Hospitalar

É a relação percentual entre o total de infecções ocorridas, sem relação com a causa que motivou a internação.

$$\text{Taxa:} \frac{\text{Total de infecções no período}}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}} \times 100$$

2. Taxa de Mortalidade Global

É a relação global entre o total de óbitos na Unidade durante um determinado período e o total de pacientes saídos (altas e óbitos) durante o mesmo período.

$$\text{Taxa:} \frac{\text{Total de óbitos ocorridos no período}}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}} \times 100$$

3. Taxa de Ocupação Hospitalar:

Relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se, para o cálculo dos leitos/dia no denominador, os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras

$$\text{Taxa:} \frac{\text{Total de pacientes/dia no período de 1 mês}}{\text{Total de leitos operacionais/dia do período}} \times 100$$

4. Média de Permanência Hospitalar:

É a relação entre o total de pacientes/dia e a quantidade de internações realizadas em determinado período.

$$\text{Taxa:} \frac{\text{Total de pacientes/dia no período de 1 mês}}{\text{Total de pacientes saídos do mesmo período}} \times 100$$

5. Índice de Resultado Financeiro:

É a relação entre a receita total e despesa total no mesmo período.

$$\text{IRS:} \frac{\text{Receita total no período}}{\text{Despesa total no mesmo período}} = \begin{array}{l} > 1 - \text{Resultado positivo} \\ < 1 - \text{Resultado negativo} \\ = 1 - \text{Equilíbrio} \end{array}$$

Instituto GERIR
Fls. 65

TCE 1649

S. E. S.
Fls: 1636
Rubrica
SASO

6. Tempo médio de entrega de resultados de exames:

É a relação da data de solicitação do exame e a data de entrega do mesmo.

$$\text{Tempo:} \frac{\text{Data da solicitação do exame}}{\text{Data da realização do exame}}$$

QUADRO DE PARÂMETROS

INDICADOR	VALOR
Média de permanência	
Observação	12 horas
Reanimação Trauma	1 hora
Emergência Clínica	2 dias
Internação Clínica e Cirúrgica	3 dias
Traumatologia	3 dias
UTI	8 dias
Taxa de Infecção Hospitalar	9,30%
Taxa de Ocupação Hospitalar	90,00%
Taxa de Mortalidade Global	4,72%
Índice de Resultado Financeiro	= > 1
Tempo de Entrega do Exame	= < 24h

Instituto GERIR
Fls. 66

S. E. S.
Fls: 1637
6
Rubrica

TCE 1650

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

5353
2

ANEXO V – INDICADORES DE QUALIDADE

1. Índice de Satisfação da Clientela

É a relação percentual entre a quantidade de avaliação entre bom e ótimo com o total de pessoas pesquisadas, mediante entrevista direta.

$$ISC = \frac{\text{Quantidade de avaliação entre bom e ótimo}}{\text{Total de pessoas pesquisadas}} \quad X\ 100 \qquad = > 80\%$$

2. Índice de Transparência Administrativa

É a relação entre o índice de resposta das ouvidorias e o índice de irregularidades administrativas

ITA = [IRO +(1-IIA)/2] = > 70%

onde:

IRO = Índice de Respostas das Ouvidorias
IRO = Total de respostas enviadas pelas Ouvidorias / Total de demandas formuladas
IIA = Índice de Irregularidades Administrativas
IIA = Nº de Processos Administrativos Disciplinares abertos / Nº total de servidores

1 de 1
Instituto GERIR
Fls. 67

S. E. S
Fls: 1638
Rubrica

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

5552

ANEXO VI – SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO

A avaliação será feita semestralmente e obedecerá aos seguintes critérios:

- Análise dos Resultados de Metas Estabelecidas
- Análise dos Indicadores de Desempenho
- Análise dos Indicadores de Qualidade
- Análise dos Relatórios e dos Quadros da Ouvidoria
- Monitoramento da Produção e Faturamento

Para cada uma das metas que compõem os indicadores acima será atribuída uma nota variando de 0 a 10, em função do grau de consecução da meta acordada. Para tanto será observada a escala constante da tabela abaixo:

RESULTADO OBTIDO DA META	NOTA ATRIBUÍDA À META
> 90% até 100%	10
> 80% até 89%	9
> 70% até 79%	8
> 60% até 69%	7
> 50% até 59%	6
> 40% até 49%	5
> 30% até 39%	4
> 20% até 29%	3
> 10% até 19%	2
> 5% até 9%	1
< 5%	ZERO

Cada um dos indicadores de desempenho receberá um peso específico, variando de 1 a 4, em função da sua importância relativa no contexto da sistemática de avaliação, conforme a seguinte distribuição:

INDICADOR	PESO
IN1- Cumprimento de Metas Estabelecidas	4
IN2 - Indicadores de Desempenho	2
IN3 - Indicadores de Qualidade	2
IN4 - Produção e Faturamento	2

Instituto GERIR
Fls. 68

TCE 1652

S. E. S.
Fls: 1639
Rubrica

5053

Memória do cálculo:

	DESCRIÇÃO				
	Meta	Nota	Média (a)	Peso (b)	TOTAL (c) = (a) x (b)
1				4	
2				2	
3				2	
4				2	
TOTAL DE PONTOS DOS INDICADORES					
NOTA GLOBAL DA AVALIAÇÃO = Σ (c)/10					

PONTUAÇÃO GLOBAL – CONCEITO – VALOR A RECEBER DO VARIÁVEL

PONTUAÇÃO GLOBAL	CONCEITO	VALOR A RECEBER DO VARIÁVEL
9,0 a 10,0 pontos	A – MUITO BOM	100%
7,1 a 8,9 pontos	B – BOM	80%
6,1 a 7,0 pontos	C – REGULAR	60%
5,0 a 6,0 pontos	D – RUIM	30%
< 5,0	E- INSUFICIENTE	ZERO

Instituto GERIR
Fls. 69

S. E. S.
Fls: 1640
Rubrica

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

5454

ANEXO VII – TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o ESTADO DE GOIÁS, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO e INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO, para os fins que se destina

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede no Rua SC- 1 nº 299 – Parque Santa Cruz , nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **ANTONIO FALEIROS FILHO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 2001732 SSP/GO, e CPF nº 118.971.206 - 72, residente e domiciliado em Goiânia/GO, juntamente com a **PROCURADORIA GERAL DO ESTADO**, representado pelo Procurador Geral **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, doravante denominada **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES, inscrito no CNPJ nº 14.963.977/0001-19 com endereço na Avenida C-255 S/N, QD. 588, Lote 4/8, sala 1005, Setor Nova Suíça, CEP 74.280-010, no Município de Goiânia, no Estado de Goiás, com Estatuto registrado no dia 09 de março de 2012, às fls.019 Livro , número 1027391 no Cartório de 1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia-GO, neste momento representado pelo Presidente, **EDUARDO RECHE SOUZA,** brasileiro, solteiro, empresário, portador da cédula de identidade RG nº 25.244.616-1/SSP/SP, com CPF nº 273.192.168-41, neste ato denominado PERMISSIONÁRIO.

Instituto GERIR
Fls. 170

S.E.S. Fls: 1641 5055

Considerando o artigo 9 da Lei n. 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão n. 64/2012-SES/GO, firmado entre a SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES/GO e o **INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES,** cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO**.

Considerando tudo que consta no Processo Administrativo n. 201100010017259 as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso, gratuito, dos bens móveis, conforme inventário de bens anexo a este Termo.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão n. 64/2012-SES/GO.

CLÁSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde- SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ – HUGO,** podendo remanejá-lo com a expressa autorização da **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, alienar de qualquer forma, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento da **PERMITENTE.**

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, a **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão nº. 64/2012/SES/GO emitindo Laudo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utillzá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº. 64/2012/SES/GO.

c) Ficar responsável por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

Instituto GERIR
Fls. 71

S. E. S.
Fls: 1642
5556

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência da **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento à **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente à **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar à **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear a **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência à **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente, à **PERMITENTE,** com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 64/2012/SES/GO.

4.2. A **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento no Diário Oficial do Estado de Goiás, no prazo de 20 dias a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. A **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

Instituto GERIR
Fls. 72

S E S
Fls: 1643
6
Rubrica

a) Ressarcir a **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

5557

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização da **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir a **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9 da Lei n. 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº. 64/2012/SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Assessoria de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais – **AGPOS** e da Gerência de Patrimônio da **PERMITENTE**, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO**, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Instituto GERIR
Fls. 73

TCE 1657

Fls. 1644

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 2 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, _____ de _____ de 2012

Fls. 5558

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
Procurador Geral do Estado

HUMBERTO TANNÚS JÚNIOR
Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – AGR.
INTERVENIENTE

ANTONIO FALEIROS FILHO
PERMITENTE

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES.
PERMISSIONÁRIO

TESTEMUNHAS:

Nome: Heber Augusto F. Teles
RG n. 20.173 OAB/GO
CPF n. 655.230.811-15

Nome: Thiago Sobreira da Silva
RG n. 7840 OAB/MA
CPF n. 827.229.273-49

Instituto GERIR
Fls. 74

TCE 1658

S. E. S.
Fls: 1645
6

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

5559

ANEXO VIII – TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel que entre si celebram a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO e o INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso do imóvel denominado HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA Dr. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede no Rua SC- 1 nº 299 – Parque Santa Cruz , nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **ANTONIO FALEIROS FILHO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 2001732 SSP/GO, e CPF nº 118.971.206 - 72, residente e domiciliado em Goiânia/GO, juntamente com a **PROCURADORIA GERAL DO ESTADO**, representado pelo Procurador Geral **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, doravante denominada **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES, inscrito no CNPJ nº 14.963.977/0001-19 com endereço na Avenida C-255 S/N, QD. 588, Lote 4/8, sala 1005, Setor Nova Suíça, CEP 74.280-010, no Município de Goiânia, no Estado de Goiás, com Estatuto registrado no dia 09 de março de 2012, às fls.019 Livro , número 1027391 no Cartório de 1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia-GO, neste momento representado pelo Presidente, **EDUARDO RECHE SOUZA**, brasileiro, solteiro, empresário, portador da cédula de identidade RG nº 25.244.616-1/SSP/SP, com CPF nº 273.192.168-41, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO.**

Instituto GERIR
Fls. 75

S. E. G.
Fls: 1646

Considerando o disposto no Contrato de Gestão n. 64/2012/SES-GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o **INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES**, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO.**

Considerando tudo que consta no Processo Administrativo nº 201100010017259 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na Av. 31 de março com a 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, onde funciona o HUGO, com área do terreno medindo **28.541,60 m2** e área total construída medindo **12.081,07 m2**.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. 64/2012/SES-GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde - SUS, sendo o HUGO referência estadual em Alta Complexidade Cirúrgica e Média e Alta Complexidade Clínica em Urgência / Emergência.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da **Unidade Hospitalar**, sob pena de responder por perdas e danos.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão n. 64/2012, emitindo Laudo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste Termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na Cláusula Segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão n. 64/2012/SES-GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Laudo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento da **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este Termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

Instituto GERIR
Fls. 1646

S. E. S.
Fls: 1647
6

h) É facultado a **PERMISSIONÁRIA** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da **Comissão Especial para Análise de Obras Complementares Executadas em Unidades de Saúde sob Gestão de Organizações Sociais**, interna dos Contratos de Gestão em Serviço de Saúde.

Fls: 5063

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº64/2012/SES/GO.

4.2. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta Permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás, no prazo de 20 dias a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. A **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na **Lei n. 15.503/2005**, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão n. 64/2012/SES-GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Assessoria de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais – **AGPOS**, juntamente com a Gerência de Patrimônio da **PERMITENTE**, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO**, que não puderem ser resolvidas

Instituto GERIR
Fls. 77

S. E. S.
Fls: 1648
5962

amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 2 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, _____ de _____ de 2012.

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
Procurador Geral do Estado

HUMBERTO TANNÚS JÚNIOR
Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – AGR.
INTERVENIENTE

ANTONIO FALEIROS FILHO
PERMITENTE

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES
PERMISSIONÁRIO

TESTEMUNHAS:

Nome: Hezen Augusto F. Teles
RG n. 20.173 0A3/GO
CPF n. 655.930.821-15

Nome: Thiago Soares da Silva
RG n. 7840 OAB/MA
CPF n. 878.229.273-49

Instituto GERIR
Fls. 48

TCE 1662

S. E. S. Fls: 1649

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

5563

ANEXO IX – DA MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO

DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE AS LEIS TRABALHISTAS

Ref.: Chamamento Público nº 01/2012

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES, inscrita no CNPJ/MF sob o número 14.963.977/0001-19, por intermédio de seu representante legal o Sr. **EDUARDO RECHE SOUZA**, portador(a) da Carteira de Identidade nº RG nº 25.244.616-1/SSP/SP e do CPF nº 273.192.168-41, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso no art. 7°, XXXIII da Constituição Federal e demais legislações vigentes, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem emprega menor de dezesseis anos, a não ser na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.

Em .....de.....de 2012.

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES.

Instituto GERIR
Fls. 79

TCE 1663

S. E. S. Fls: 1650

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS A SERVIÇO DO POVO GOIANO

Fls: 5164

ANEXO X -Planilha de custos relativa ao pessoal cedido, com as especificações dos cargos, valores de remuneração, encargos e demais vantagens.

315 - SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

REF.: MAR / 2012

DEPTO 026 HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIANIA

Cargo	Quantidade	Vencimento	Demais Vantagens	Desconto	Liquido	Valor da Remuneração
ADMINISTRADOR Total	1	1.807,39	5.072,15	1.692,87	5.186,67	6.879,54
ANALISTA DE DESENVOLVIMENTO RURAL Total	1	11.966,96	-	2.521,63	9.445,33	11.966,96
ANALISTA DE GESTAO ADMINISTRATIVA Total	8	25.698,12	23.070,33	11.920,92	36.847,53	48.768,45
ANALISTA DE POL DE ASSIST SOCIAL Total	1	2.500,00	2.428,70	980,50	3.948,20	4.928,70
ANALISTA TECNICO DE SAUDE Total	10	25.000,00	21.661,27	15.041,39	31.619,88	46.661,27
ASSESSOR ESPECIAL A Total	12	8.084,00	23.308,92	6.732,81	24.660,11	31 392,92
ASSESSOR ESPECIAL B Total	11	8.972,00	37.165,23	9.522,51	36.614,72	46.137,23
ASSESSOR ESPECIAL C Total	6	5.276,00	23.979,23	6.237,80	23.017,43	29.255,23
ASSESSOR ESPECIAL D Total	16	17.060,00	48.253,41	17.313,29	48.000,12	65.313,41
ASSESSOR ESPECIAL E Total	1	1.168,00	4.548,05	2.119,78	3.596,27	5.716,05
ASSESSOR ESPECIAL F Total	1	1.368,00	7.698,98	2.196,03	6.870,95	9.066,98
ASSISTENTE ATIVIVIDADES ADMIN G-3 Total	1	684,89	676,83	509,89	851,83	1.361,72
ASSISTENTE DE GABINETE A Total	2	544,00	1.538,09	470,13	1.611,96	2.082,09
ASSISTENTE DE GABINETE B Total	134	41.478,00	120.986,89	37.229,85	125.235,04	162.464,89
ASSISTENTE DE GABINETE C Total	121	41.277,00	111.235,83	35.844,04	116.668,79	152.512,83
ASSISTENTE DE GABINETE D Total	28	11.799,67	27.218,41	10.358,57	28.659,51	39.018,08
ASSISTENTE DE GABINETE E Total	5	2.457,00	7.661,39	2.179,92	7.938,47	10.118,39
ASSISTENTE DE GABINETE F Total	26	14.832,00	52.542,81	14.300,88	53.073,93	67.374,81
ASSISTENTE DE GESTAO ADMINISTRATI Total	24	45.500,85	38.337,33	24.315,09	59.523,09	83.838,18
ASSISTENTE OPERACIONAL-SOCIAL CL Total	1	1.500,00	1.050,00	1.303,92	1.246,08	2.550,00
ASSISTENTE SOCIAL Total	16	40.000,00	32.277,16	22.501,17	49.775,99	72.277,16
ASSISTENTE TECNICO DE SAUDE Total	60	81.580,00	68.916,86	42.746,42	107.750,44	150.496,86
ATENDENTE DE CONSULTORIO DENTARIO Tota	5	5.343,55	5.697,94	3.603,93	7.437,56	11.041,49
AUXILIAR DE ENFERMAGEM Total	218	232.685,49	203.051,12	126.818,41	308.918,20	435.736,61
AUXILIAR DE LABORATORIO Total	2	2.137,42	1.543,79	821,09	2.860,12	3.681,21
AUXILIAR DE RADIOLOGIA Total	7	7.480,97	4.791,67	4.170,88	8.101,76	12.272,64
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Total	11	7.507,90	8.165,88	4.794,03	10.879,75	15.673,78
AUXILIAR TECNICO DE SAUDE Total	24	25.649,04	19.276,59	14.324,73	30.600,90	44.925,63
BIOMEDICO Total	7	17.500,00	12.863,86	7.280,55	23.083,31	30.363,86
BOLSA RESIDENTE Total	60	133.549,92	-	18.368,42	115.181,50	133.549,92
CIRURGIAO-DENTISTA Total	31	77.500,00	73.920,71	35.370,79	116.049,92	151.420,71
DIRETOR ADM UNID SAUDE PORTE 1 Total	1	13.648,33	-	3.550,83	10.097,50	13.648,33
ENFERMEIRO Total	67	164.729,56	136.353,12	88.038,25	213.044,43	301.082,68
EXEC DE SERV AUXILIARES I Total	1	622,00	804,75	527,52	899,23	1.426,75
EXECUTOR ADMINISTRATIVO Total	1	1.183,84	3.322,24	758,42	3.747,66	4.506,08
FARMACEUTICO Total	6	15.000,00	20.387,59	11.055,43	24.332,16	35.387,59
FARMACEUTICO-BIOQUIMICO Total	13	32.500,00	26.009,59	16.883,77	41.625,82	58.509,59
FISIOTERAPEUTA Total	9	22.500,00	15.707,98	11.440,88	26.767,10	38.207,98
FONOAUDIOLOGO Total	1	2.500,00	1.545,30	939,51	3.105,79	4.045,30
GESTOR DE FINANCAS E CONTROLE Total	1	5.578,01	7.360,70	3.949,84	8.988,87	12.938,71
GRAT. REPRESENTACAO Total	87	47.156,64	-	4.093,88	43.062,76	47.156,64
MAQUEIRO Total	1	507,90	600,45	458,41	649,94	1.108,35
MEDICO Total	325	788.258,65	993.150,60	429.074,70	1.352.334,55	1.781.409,25
NUTRICIONISTA Total	6	15.000,00	10.895,01	6.196,31	19.698,70	25.895,01
PSICOLOGO Total	9	22.500,00	25.514,15	14.251,05	33.763,10	48.014,15
SUPERVISOR A Total	3	5.488,02	-	1.490,85	3.997,17	5.488,02
SUPERVISOR B Total	3	10.357,94	-	2.325,17	8.032,77	10.357,94
TECNICO EM ENFERMAGEM Total	257	418.873,44	344.249,74	216.519,30	546.603,88	763.123,18
TECNICO EM HIGIENE DENTAL Total	4	6.526,40	6.082,40	3.766,11	8.842,69	12.608,80
TECNICO EM IMOBILIZACAO ORTOPEDIC Total	7	11.421,20	14.588,82	5.231,17	20.778,85	26.010,02
TECNICO EM LABORATORIO Total	24	39.158,40	29.116,64	22.637,84	45.637,20	68.275,04
TECNICO EM NECROPSIA Total	1	1.631,60	1.178,46	1.318,12	1.491,94	2.810,06
TECNICO EM RADIOLOGIA Total	37	60.368,20	44.918,87	31.648,97	73.639,10	105.288,07
Total geral	1701	2.585.419,30	2.670.725,84	1.359.748,57	3.896.396,57	5.256.145,14

Instituto GERIR

Fls.

TCE 1664

S. E. S
Fls: 1651

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

5265

CONTRATO DE GESTÃO Nº 64/2012-SES-GO

Contrato de Gestão que entre si celebram a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO e o INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES, qualificada como Organização Social, que visa estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO , para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

CONTRATANTE:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede no Rua SC- 1 nº 299 – Parque Santa Cruz , nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **ANTONIO FALEIROS FILHO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 2001732 SSP/GOe CPF nº 118.971.206 - 72, residente e domiciliado em Goiânia/GO, juntamente com a **PROCURADORIA GERAL DO ESTADO**, representada pelo Procurador Geral **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, doravante denominada **CONTRATANTE.**

INTERVENIENTE:

AGÊNCIA GOIANA DE REGULAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS – AGR, nos termos do disposto no § 4º do art. 1º e no inciso XXIV do art. 2º da Lei Nº 13.569, de 27 de dezembro de 1999, com a redação dada pela Lei Nº 17.268, de 04 de fevereiro de 2011, representada por seu Conselheiro Presidente, **HUMBERTO TANNÚS JUNIOR**, brasileiro, divorciado, economista, portador do RG nº 472932 – DGPC e do CPF nº 167.058.231-00, residente e domiciliado em Goiânia/GO, doravante denominada **INTERVENIENTE**.

CONTRATADA:

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES, inscrito no CNPJ nº 14.963.977/0001-19 com endereço na Avenida C-255 S/N, QD. 588, Lote 4/8, sala 1005, Setor Nova Suiça, CEP 74.280-010, no Município de Goiânia, no Estado de Goiás, com Estatuto registrado no dia 09 de março de 2012, às fls.019 Livro , número 1027391 no Cartório de 1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia-GO, neste momento representado pelo Presidente, **EDUARDO RECHE SOUZA**, brasileiro, solteiro, empresário, portador da cédula de identidade RG nº 25.244.616-1/SSP/SP, com CPF nº 273.192.168-41 neste ato denominada **CONTRATADA**, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, mediante as cláusulas e condições a seguir delineadas:

Instituto GERIR
Fls. 54

S E. S.
Fls: 1652
SUCC

TCE 1665

CLÁUSULA PRIMEIRA – FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1. O presente Instrumento será celebrado em decorrência do **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 001/2012**, conforme Processo Administrativo nº 201100010017259 e será regido pela Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, Lei nº 9.637/1998, Resolução Normativa nº 007/2011 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, princípios, diretrizes e demais normas do Sistema Único de Saúde – SUS.

1.2. Observada a conveniência e oportunidade, após manifestação de órgãos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, o Secretário de Estado da Saúde poderá editar portarias para, de forma complementar, e observado o princípio da eficiência da Administração Pública e demais constante no *caput* do art. 37, da Constituição Federal, normatizar a execução deste Contrato de Gestão.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. O presente **CONTRATO** tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO**, com a pactuação de Indicadores de Desempenho e Qualidade, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e equânime aos usuários do SUS, em conformidade com os Anexos a seguir elencados, que integram o presente Instrumento, independentemente de transcrição:

a) ANEXO I - Identificação da Unidade Hospitalar e Descrição dos Serviços (contendo programação das atividades e ações)

b) ANEXO II - Metas de Produção

c)ANEXO III - Descrição da Destinação dos Recursos Financeiros (com Cronograma de Desembolso aprovado pelo Órgão)

d) ANEXO IV - Indicadores de Desempenho

e) ANEXO V - Indicadores de Qualidade

f) ANEXO VI - Sistemática de Avaliação de Desempenho Institucional

g) ANEXO VII - Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis

h) ANEXO VIII - Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel

i) ANEXO IX - Declaração de que cumpre as Leis Trabalhistas

j) ANEXO X - Planilha de custos relativa ao pessoal cedido, com as especificações dos cargos, valores de remuneração, encargos e demais vantagens.

2.2. O objetivo geral da contratação é consolidar a identidade e a imagem do HUGO como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS em sua região, comprometido com sua missão de atender às necessidades dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência. A finalidade do Contrato de Gestão deverá ser executada de forma a garantir: eficiência, eficácia e efetividade;

2.3. O objetivo do presente Contrato deverá garantir atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido.

Instituto GERIR
Fls. 82

S E S
Fls: 1653
6

TCE 1666

5967
1

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES

3.1. A **CONTRATADA** compromete-se a:

3.1.1. Cumprir fielmente os ANEXOS descritos no item 2.1 do presente Instrumento.

3.1.2. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Unidade, objeto do presente Contrato, por meio do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida Unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

3.1.3. Quando houver habilitação de novo serviço na Unidade, ainda não incluído no Quadro de Metas, esse serviço deverá ser acrescido mediante termo aditivo, no qual conste a nova pactuação com a data do início da prestação do serviço, com valores e prazos para cumprimento pleno da nova meta.

3.1.4. Atender exclusivamente os usuários do SUS na Unidade de forma a:

a) Garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde prestados.

b) Garantir a integralidade da assistência dentro da sua capacidade instalada.

c) Implementar a Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento com Classificação de Risco.

d) Garantir a resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS.

e) Alcançar elevados índices de satisfação, conforme indicadores de qualidade dos serviços.

f) Promover a Gestão Hospitalar baseada em Sistema de Metas e medida por Indicadores de Desempenho e Qualidade.

g) Garantir requisitos e buscar as habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde – MS.

h) Buscar certificação de qualidade em saúde.

3.1.5. Implantar e manter os Sistemas de Informação do SUS, segundo os critérios da **CONTRATANTE**.

3.1.6. Aderir, implantar e/ou alimentar os sistemas informatizados de Gestão Hospitalar, disponibilizado ou indicado pela **CONTRATANTE**, contemplando todos os modos necessários a gestão da Unidade.

3.1.7. Alimentar, fidedignamente, o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS ou qualquer outro dessa natureza, segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do MS.

3.1.8. Registrar todo faturamento ambulatorial e hospitalar no CNPJ do Fundo Especial de Saúde – FUNESA, de acordo com as normas do MS.

3.1.9. Manter quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da Unidade e com os serviços prestados, conforme estabelecido nas normas sanitárias, para funcionamento ininterrupto 24h e outras detalhadas neste Instrumento.

3.1.10. Firmar e manter contrato de prestação de serviços anestesiológicos ou contratar médicos anestesistas, às suas expensas.

3.1.11. Assistir de forma abrangente aos usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do MS.

Instituto GERIR
Fls. 830

S. E. S.
Fls: 1654

TCE 1667

S. E. S.
Fls: 5168

3.1.12. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, disposta na Portaria nº 2838/MS, de 01/12/2011, além do logotipo da Unidade e da **CONTRATADA**.

3.1.13. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade disponibilizando, a qualquer momento, à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados.

3.1.14. Apresentar os documentos de regularidade fiscal exigidos no Instrumento como condição para assinatura do Contrato de Gestão, além da Qualificação como OS no Estado de Goiás.

3.1.15. Manter durante toda a execução do Contrato a compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, bem como todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Chamamento Público.

3.1.16. Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE**, usuários e/ou a terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

3.1.17. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato.

3.1.18. Em nenhuma hipótese cobrar ,direta ou indiretamente, do paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à **CONTRATANTE** o ressarcimento de despesas realizadas e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas.

3.1.19. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato.

3.1.20. Os procedimentos para a contratação de obras, serviços e compras efetuadas com emprego de recursos provenientes do Contrato de Gestão, assim como as alienações, deverão ter, cumprindo os princípios constitucionais, análise e aprovação da **CONTRATANTE**.

3.1.21. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo, no mínimo: nome, documento de identificação com foto e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

3.1.22. Enviar à **CONTRATANTE**, nos prazos e instrumentos por ela definidos, todas as informações sobre as atividades desenvolvidas na Unidade, bem como sobre a movimentação dos recursos financeiros recebidos e realizados.

3.1.23. Encaminhar a **CONTRATANTE** as informações de que trata o item anterior, até o dia 10 do mês subsequente ao das atividades desenvolvidas, ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior.

3.1.24. Em relação aos direitos dos usuários, a **CONTRATADA** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico, considerando os prazos previstos em lei.

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

d) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

Instituto GERIR
Fls. 84

S.E.S.
Fls: 1655
6
5069

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.

i) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

j) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários, exceto nos casos previsto em lei.

3.1.25. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, em papel timbrado, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

a) Nome do usuário.

b) Nome da Unidade.

c) Motivo da internação (CID-10).

d) Data de admissão e data da alta.

e) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

f) Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.

g) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

h) Ciência do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.

i) Informe hospitalar arquivado no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

3.1.26. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como ao ambulatorial, procedendo a notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da **CONTRATANTE**.

3.1.27. Implantar Pesquisa de Satisfação na alta hospitalar.

3.1.28. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis.

3.1.29. Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela **CONTRATANTE**, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do Serviço de Ouvidoria exigido pelo SUS.

3.1.30. Identificar suas carências nos serviços diagnósticos e/ou terapêuticos que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à **CONTRATANTE**, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

3.1.31. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças de oferta de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da **CONTRATANTE.**

3.1.32. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

3.1.33. Implantar e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, assim como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, bem como manter o Núcleo de Engenharia Clínica, para o bom desempenho dos equipamentos.

Instituto GERIR
Fls.

S. E. S.
Fls: 1656

3.1.34. Movimentar os recursos financeiros transferidos pela **CONTRATANTE** para a execução do objeto deste Contrato em conta(s) bancária(s) específica(s) e exclusiva(s), vinculada a Unidade, de modo a que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da **CONTRATADA**.

3.1.35. Publicar, anualmente, os relatórios financeiros e o relatório de execução do presente Contrato de Gestão, no Diário Oficial do Estado, até o dia 30 de maio do ano subsequente.

3.1.36. Elaborar e encaminhar à Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização dos Serviços Públicos - **AGR** e à **CONTRATANTE,** em modelos estabelecidos pela **AGR**, relatórios de execução, mensal, até o dia 10 do mês subsequente ao trimestre.

3.1.37. Elaborar e encaminhar relatório consolidado de execução e demonstrativos financeiros, ao final de cada exercício fiscal, devendo ser apresentado à **CONTRATANTE** e à **AGR** até o dia 10 de janeiro do ano subsequente.

3.1.38. Anexar, juntamente com a Prestação de Contas, os comprovantes de quitação de despesas com água, energia elétrica e telefone, efetuados no mês imediatamente anterior, bem como os comprovantes de recolhimento dos encargos sociais e previdenciários relativos ao mês anterior.

3.1.39. Comunicar, à **CONTRATANTE** e à **AGR**, todas as aquisições e doações de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 dias após sua ocorrência.

3.1.40. Tomar conhecimento, o mais breve possível, após assumir o gerenciamento da Unidade dos contratos, convênios, cooperações técnicas e outros instrumentos firmados pela **CONTRATANTE,** manifestando-se, no prazo máximo de 30 dias a contar da assinatura deste, quanto ao interesse em mantê-los.

3.1.41. Havendo interesse em manter os contratos, convênios, cooperações técnicas e outros instrumentos, conforme mencionado no subitem anterior, a **CONTRATADA** deverá assumir tais instrumentos transferindo-os para seu nome.

3.1.42. Permitir o livre acesso da **AGR** e das Comissões instituídas pela **CONTRATANTE**, da Controladoria-Geral do Estado - CGE e do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, em qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com este Instrumento, quando em missão de fiscalização, avaliação ou auditoria.

3.1.43. Elaborar e publicar, no prazo máximo de 90 dias a contar da assinatura deste Instrumento, os regulamentos de recursos humanos, financeiros e de aquisição de bens e serviços realizados com recursos públicos, devendo os mesmos serem, previamente, aprovados pela **CONTRATANTE** e pela **AGR**.

3.1.44. Observar os Indicadores de Desempenho, que são suficientes e adequados para medir o cumprimento das metas, de acordo com o disposto das Resoluções Normativas do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE-GO e suas eventuais alterações.

3.1.45. Realizar processo seletivo para contratação de Recursos Humanos com a divulgação na Imprensa Oficial, além de manter capacitação permanente dos profissionais que prestam os serviços relacionados ao presente Contrato de Gestão.

3.1.46. Garantir a segurança patrimonial e pessoal dos usuários do SUS que estão sob sua responsabilidade, bem como a de todos que trabalham na Unidade.

3.1.47. Providenciar a negociação e celebração de acordos coletivos de trabalho vinculados ao cumprimento das metas estipuladas, à redução interna dos custos ou ao aumento da produtividade da instituição, sempre compatíveis com o praticado no mercado de trabalho.

3.1.48. Prever, em regulamento de compras, que a entidade não mantenha nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional, como contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários, dentre outros, com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

3.1.49. Elaborar regulamento próprio contendo os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, compras e alienações, consubstanciados nos princípios gerais de licitação, aprovado pelo Conselho da Administração e publicado no Diário Oficial do Estado no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura do Contrato de Gestão.

Instituto GERIR
Fls. 86

S. E. S.
Fls: 1657

Fls: 5071

3.1.50. Contemplar, no regulamento referido no item 3.1.49, cláusulas dispondo sobre:

a) Realização de procedimentos de compras e contratações abertos e acessíveis ao público.

b) Destinação dos bens móveis e imóveis adquiridos pela **CONTRATADA** com recursos públicos, vinculada, exclusivamente, à execução do Contrato de Gestão.

c) Inalienabilidade dos bens móveis adquiridos com recurso públicos.

d) Necessidade de anuência do Poder Público para alienação de bens e obrigatoriedade de investimento dos recursos advindos de tais alienações no desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão.

e) Utilização de plataforma de gerenciamento eletrônico de aquisições e contratações, similar a plataforma *Bionexo*, utilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

3.1.51. Empreender meios de obter receita própria complementar aos recursos financeiros estimados no item 6.2, respeitando os princípios deontológicos e à missão das entidades qualificadas como organização social, gestora de patrimônio e serviços públicos, desde que respeitada a aplicabilidade para alcance dos objetivos do presente Contrato, podendo prestar serviços ambulatoriais e hospitalares, naquilo que exceder as metas pactuadas no Plano Anual de Trabalho, aos hospitais sob a gerência estadual, que serão objeto de faturamento e pagamento complementar, via administrativa, pela **CONTRATANTE**, tendo como parâmetro de preço a tabela SUS e respeitando o Sistema Estadual de Regulação.

3.1.52. Criar/Alterar seu Regimento Interno obedecendo o disposto no inciso IV do artigo 5º da Resolução Normativa - RN 007/2011 do TCE/GO.

3.1.53. Manter em seu quadro de funcionários o profissional pontuado ou outro com as mesmas certificações ou capacitações técnicas até o final da vigência do Contrato de Gestão, se no processo seletivo houve o recebimento de pontos pela capacidade do seu corpo técnico.

3.1.54. Enviar, *on line*, os registros relativos a todas as despesas realizadas, assim que forem liquidadas, objetivando o controle de custos efetivos e a devida fiscalização, assim que a CONTRATANTE implantar uma central informatizada de controle dos contratos de gestão.

3.2. A **CONTRATANTE** compromete-se a:

3.2.1. Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da Unidade.

3.2.2. Prover a **CONTRATADA** dos recursos financeiros necessários ao fiel cumprimento da execução deste Contrato e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, quando for o caso, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto.

3.2.3. Prestar esclarecimentos e informações à **CONTRATADA** que visem orientá-la na correta prestação dos serviços e metas pactuadas, dirimindo as questões omissas neste Instrumento, dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente Contrato.

3.2.4. Realizar o acompanhamento, mensalmente, por meio da **ASSESSORIA DE GESTÃO DE PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS – AGPOS**, que observará *in loco* o desenvolvimento e cumprimento das atividades de assistência prestada pela **CONTRATADA** aos usuários da Unidade.

3.2.5. Realizar, semestralmente, por meio da **AGPOS**, avaliação global do cumprimento das Metas e do Contrato sob os as aspectos de gestão, contábil, jurídico e, em especial, a assistência aos usuários, emitindo parecer conclusivo, após o devido contraditório.

3.2.6. Manter no sítio da SES/GO e no Portal da Transparência do Governo do Estado, dados sobre este Instrumento, sua execução e avaliação, para consulta, a qualquer tempo, pelos cidadãos e usuários do SUS.

Instituto GERIR
Fls. 87

TCE 1671

S. E. S.
Fls: 1658
6
5572
1

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA

4.1. A vigência do presente Instrumento será de 12 meses, a contar da outorga da Procuradoria Geral do Estado e a publicação do Instrumento no Diário Oficial do Estado de Goiás, prorrogável dentro do limite legal, no interesse de ambas as partes, mediante parecer favorável da **AGPOS** e da **AGR** quanto à avaliação das Metas de Produção e dos Indicadores de Desempenho e Qualidade, autorizada pelo Secretário de Estado da Saúde.

4.2. Antes do término da vigência deste Contrato, a **CONTRATANTE** e **AGR,** analisará a conveniência e a oportunidade administrativa de sua renovação.

4.3. Fica pactuado que a **CONTRATANTE**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente Contrato se for de interesse público em razão do não cumprimento dos princípios basilares da Administração Pública.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. O presente Contrato poderá ser alterado, mediante revisão das Metas de Produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, mediante parecer favorável da **AGPOS** e da **AGR** e autorização do Secretário de Estado da Saúde.

5.2. Poderá, também, ser alterado para acréscimos ou supressões nas obrigações, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência.

5.3. As alterações de que tratam os itens acima deverão ser formalizadas, por meio de termos aditivos, devendo para tanto ser respeitado o interesse público e o objeto do presente Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas da **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos seus ativos financeiros e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob sua administração, para o fortalecimento das ações e serviços expressos nos objetivos deste Contrato de Gestão, desde que respeitada a legislação vigente, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

6.2. Para a execução do objeto deste Instrumento, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes deste Contrato e seus Anexos, para um período de 12 meses, conforme quadro abaixo e Nota de empenho nº **00006**, no valor de **R$ 26.318.454,40** e empenho **nº 00091**, no valor de **R$ 39.477.681,60**, ambos referente ao período de **20/04/2012** a **31/12/2012**, ficando o restante no valor de **R$ 28.572.824,00** a ser empenhado no exercício seguinte.

8

Instituto GERIR
Fls. 88

TCE 1672

S. E. S.
Fls: 1659

S. E. S.
Fls: 5223

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Especial de Saúde
Função	10	Saúde
Fonte de Recurso	0	Receitas Ordinárias
Sub-Função	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1023	Programa Promoção e Garantia da Assistência integral à Saúde.
Ação	1265	Implantação de um modelo de gerenciamento hospitalar com publicização e parcerias com o terceiro setor
Grupo de Despesa	3	Outras despesas correntes
Elemento de Despesa	90.39.64	Serviço de apoio gerencial, administrativo, técnico e operacional
Valor Indicado 1		**R$ 26.318.454,40**
Sub-Função	122	Administração Geral
Programa	4001	Apoio Administrativo
Ação	4001	Apoio Administrativo
Grupo de Despesa	1	Pessoal e Encargos Sociais
Elemento de Despesa	90.34.01	Pessoal e Encargos
Valor Indicado 2		**R$ 39.477.681,60**

6.2.1. O valor total deste Contrato é estimado em **R$ 94.368.960,00** (noventa e quatro milhões, trezentos e sessenta e oito mil novecentos e sessenta reais).

6.2.2. O valor estimado mensal será de **R$ 7.864.080,00** (sete milhões, oitocentos e sessenta e quatro mil e oitenta reais), que será composto de uma parcela fixa, correspondente a 80%, e uma parcela variável, correspondente a 20%, definida com base na avaliação do cumprimento das Metas e dos Indicadores de Desempenho e Qualidade.

6.3. Quaisquer recursos financeiros oriundos do SUS, de custeio e/ou investimento, necessários ou passíveis de complementação do estabelecido no item 6.1, deverão ser captados e aplicados respeitando as regras de financiamento, gestão e gerência do SUS, bem como o consentimento da **CONTRATANTE**.

6.4. Com o objetivo de captar recursos públicos e privados, à **CONTRATADA** fica autorizada a celebrar convênios com os Poderes Públicos Federal, Estadual e Municipal e iniciativa privada, respeitando os objetivos do presente Contrato, a natureza da **CONTRATADA**, a política de planejamento, regulação, controle e avaliação adotados pela **CONTRATANTE**.

6.5. Os recursos objeto dos itens 6.1, 6.3 e 6.4, deverão ser utilizados de forma complementar aos recursos do Contrato de Gestão, no custeio das atividades desenvolvidas na **CONTRATADA**, nos investimentos destinados a ampliação e melhoria dos serviços e da estrutura física, bem como na manutenção, atualização e renovação tecnológica.

6.6. A liberação dos recursos financeiros deverá ser em conformidade com o Plano de Aplicação e obedecerá rigorosamente ao Quadro de Destinação dos Recursos Financeiros.

6.7. Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato e, preferencialmente, a títulos de investimentos.

6.8. Do total dos recursos financeiros previsto nesta Cláusula, a **CONTRATADA** formará fundos destinados para provisões, com depósitos mensais, em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta já referida, inclusive para fins de rescisões, reclamatórias trabalhistas e ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, mesmo após o término do Contrato.

6.9. As Metas e os Indicadores serão avaliados semestralmente e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de, até, 20% no montante a ser repassado.

6.10. O pagamento do valor constante nesta Cláusula será efetuado conforme as condições a seguir estabelecidas:

Instituto GERIR
Fls. 89

S. E. S.
Fls: 1660
Rubrica

a) As parcelas de valor variável serão pagas, mensalmente, junto com a parte fixa, e os eventuais ajustes financeiros das partes variáveis, decorrentes da avaliação do alcance das Metas de Produção e dos Indicadores, serão realizados nos meses subsequentes a essa avaliação. 5974

b) A **CONTRATANTE** deverá efetuar o pagamento, mediante ordem bancária, em moeda corrente, no décimo dia de cada mês, valendo essa ordem como recibo.

6.11. Na vigência do presente Contrato, além do valor global mensal, poderão ser repassados recursos com fins justificados e específicos, a título de investimentos. Entende-se, por investimentos, todos os repasses financeiros pactuados com a **CONTRATADA** e realizados pela **CONTRATANTE** visando melhorias da área física e/ou aquisição de equipamentos.

6.11.1. Os repasses a título de investimento serão efetuados pela **CONTRATANTE** mediante novo processo administrativo específico, onde serão descritas as justificativas e o detalhamento do aporte financeiro a ser realizado, podendo o repasse ser de valor total ou complementar ao investimento realizado pela própria **CONTRATADA**.

6.13. Nos pagamentos a serem realizados, conforme o item 6.2, poderão haver alterações quando da instalação definitiva da Central Remota de Laudos - CRL. Nessa situação, no repasse mensal será descontado o valor relativo ao previsto para realização de exames e emissão de laudos atendidos pela CRL.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS HUMANOS

7.1. A **CONTRATADA** utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a realização das ações previstas neste Contrato e seus Anexos, de acordo com um plano de gestão de recursos humanos, considerando um modelo misto de trabalhadores, em que uma parcela será de servidores da **CONTRATADA**, mantidos pela **CONTRATANTE**, e outra parcela de funcionários contratados, mediante processo seletivo, pela **CONTRATADA**.

7.2. A **CONTRATADA** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados necessários na execução dos serviços contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste Contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE.**

7.3. A **CONTRATADA** poderá utilizar, no máximo, 60% dos recursos públicos repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores públicos cedidos à Unidade.

7.4. Utilizar, como critério para remuneração dos empregados contratados a negociação e a celebração de acordos coletivos de trabalho vinculados ao cumprimento das metas estipuladas, à redução interna dos custos ou ao aumento da produtividade da instituição, sempre compatíveis com o praticado no mercado de trabalho.

7.5. A **CONTRATANTE** poderá colocar, à disposição da **CONTRATADA**, servidores públicos estaduais de seu quadro de pessoal permanente, sendo garantidos aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela **CONTRATADA** aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido.

7.6. É vedado o pagamento de vantagem pecuniária permanente pela **CONTRATADA** a servidor cedido com recurso proveniente do Contrato de Gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção ou assessoria.

7.7. É vedada a contratação de servidores e empregados públicos em atividade, salvo os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

Instituto GERIR
Fls. 90

S. E. S.
Fls: 1661
5175

7.8. Os fluxos administrativos e normas já estabelecidas que versam sob a vida funcional dos servidores serão mantidos entre a Unidade e a Gerência de Desenvolvimento de Pessoas da Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças .

7.9. A avaliação especial do desempenho dos servidores da SES, em estágio probatório, deverá cumprir o disposto no Decreto nº 5.668/2002 e a avaliação do Prêmio de Incentivo deverá cumprir o disposto na Lei nº 14.600/2003 e Portaria nº 294/2011.

7.10. Os valores referentes à remuneração dos servidores públicos estaduais cedidos para a **CONTRATADA**, serão deduzidos, pela **CONTRATANTE**, dos repasses mensais 30 dias após a assinatura deste Instrumento.

7.11. A **CONTRATANTE** deverá, no prazo máximo de 20 dias a contar da assinatura deste Instrumento, realizar levantamento e informar a **CONTRATADA** acerca dos servidores efetivos que desejam CONTINUAR ou NÃO lotados na Unidade.

7.12. Após a realização desse levantamento, no mínimo, 50% dos recursos humanos necessários à execução dos serviços deverá ser composto por servidores cedidos pela **CONTRATANTE**.

7.13. A **CONTRATANTE** deverá deduzir, do montante total mensal devido à **CONTRATADA**, o valor mensal de seu gasto com folha de pagamento, referente aos servidores da **CONTRATANTE** que permanecerão lotados na Unidade.

7.14. No caso de alterações desses quantitativos, com acréscimos ou reduções do percentual de 50%, os ajustes serão definidos conforme o item 1.2 deste Contrato.

7.15. Considerando que na gestão de trabalhadores adotada para a Unidade há diferenças no regime jurídico (estatutário e celetista), na carga horária e no dimensionamento da necessidade de pessoal, será adotado como critério para cálculo do custo da folha de pagamento dos servidores da **CONTRATANTE**, lotados na Unidade: a razão do dimensionamento da necessidade de servidores entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE** (por níveis), multiplicada pelo número de servidores da **CONTRATANTE** mantidos na Unidade (de cada nível), multiplicado pelos salários e encargos de referência de cada nível da **CONTRATANTE**.

7.16. O processo de remoção dos servidores para outras unidades da SES/GO deverá ocorrer gradualmente, pela **CONTRATANTE**, considerando um prazo de 90 dias.

7.17. Após a realização do levantamento especificado, a **CONTRATANTE** deverá providenciar a formalização do ato de cedência ou afastamento do servidor, sempre garantindo aos servidores todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei.

7.18. O desempenho de atividades por servidores públicos, colocados à disposição da **CONTRATADA**, não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza.

7.19. A **CONTRATADA**, em nenhuma hipótese, poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados, bem como os servidores efetivos que estiverem à sua disposição, nos termos da Lei Estadual 15.503/2005 e suas alterações, e que são remunerados à conta deste Instrumento.

7.20. A **CONTRATADA** deverá, em relação aos servidores cedidos pela **CONTRATANTE**, adotar o Programa de Saúde no Serviço Público, regulamentado pelo Decreto Estadual nº 5.757/2003, e a todos empregados, contratados ou cedidos, observar a Norma Regulamentadora – NR- 32 e a Instrução Normativa nº 03/2007.

7.21. A capacitação dos servidores colocados à disposição da **CONTRATADA** será promovida e custeada pela mesma, cabendo a essa autorizar a participação em eventos, observada a necessidade de registro nas respectivas pastas funcionais.

7.22. A **CONTRATADA**, a qualquer tempo, poderá devolver à **CONTRATANTE** servidor público que lhe foi cedido, justificadamente, e haverá abertura de Processo Administrativo Disciplinar, não podendo ser alegada como justificativa para eventual descumprimento das Metas e/ou dos Indicadores pactuados.

11 de 18
Instituto GERIR
Fls. 91

S. E. S.
Fls: 1662
5976

CLÁUSULA OITAVA - DO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO PELA CONTRATANTE

8.1. A **CONTRATANTE**, responsável pelo acompanhamento e avaliação, instituiu, por meio da **Portaria 089/2012-GAB/SES-GO**, de 15/03/2012 a Assessoria de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais – **AGPOS,** vinculada a Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde – **SUNAS**, para esse fim.

8.2. Será instituída uma Comissão Unificada de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão – COMACG, para acompanhar este Contrato de Gestão, composta por, no mínimo, 3 membros, sendo:

a) 1 representante da **AGPOS**, coordenador da Comissão.

b) 1 representante da Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde – **SCATS**.

c) 1 representante da **CONTRATADA**.

8.3. A execução do presente instrumento será acompanhada pela **AGPOS** e **COMACG**, por meio dos dispostos neste Contrato, seus Anexos e instrumentos definidos pela **CONTRATANTE.**

8.4. A **AGPOS** e/ou **COMACG** receberá, da **CONTRATADA** a Prestação de Contas semestral, podendo solicitar, a qualquer tempo, documentos complementares para subsidiar seus trabalhos.

8.5. A **AGPOS** encaminhará o Relatório Técnico da Avaliação ao Secretário de Estado da Saúde e à Gerência de Contratos e Convênios - GCC, que o enviará a **CONTRATADA** para ciência e justificativa.

8.6. A **CONTRATADA**, após receber o relatório técnico, tem o prazo de 15 dias úteis para apresentar justificativas, que serão analisadas pela **AGPOS** e/ou **COMACG**, emitindo-se o Parecer Final, que será encaminhado ao Secretário de Estado da Saúde, bem como, à Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, conforme dispõe o art.10, § 3°, da Lei n° 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

8.7. O Parecer Final deverá ser objeto de criteriosa análise pelo Secretário de Estado da Saúde, que determinará, à **CONTRATADA,** as correções, que eventualmente se fizerem necessárias, para garantir a plena eficácia do Contrato de Gestão. Se essas falhas ainda persistirem, encaminhará expediente ao Governador do Estado que deliberará acerca da manutenção da qualificação da Entidade como Organização Social.

8.8. Após ciência e aprovação do Parecer Final pelo Secretário de Estado da Saúde, o mesmo deverá ser encaminhado à Controladoria-Geral do Estado – CGE e ao Tribunal de Contas do Estado – TCE, ficando toda documentação disponível a qualquer tempo sempre que requisitada.

8.9. A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação pela **CONTRATADA**, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da Prestação de Contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.

8.10. A **CONTRATANTE** poderá exigir da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos e informações constantes dos relatórios.

8.11. A **AGPOS**, responsável pelo acompanhamento e avaliação deste Contrato, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, deverá comunicar, imediatamente, ao Secretário de Estado da Saúde, que dará ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

8.12. A **CONTRATANTE** fiscalizará o pagamento dos funcionários admitidos pela **CONTRATADA**, visando aferir a compatibilidade da carga horária, o correto recolhimento dos valores dos encargos

12 de 18
Instituto GERIR
Fls. 926

S. E. S.
Fls: 1663
6
5177

devidos, assim como para evitar pagamentos em duplicidade sem compatibilidade de carga horária, acumulação indevida de cargo ou nepotismo.

8.13. A **CONTRATADA** se obriga a permitir, a qualquer tempo, acesso a toda a documentação relacionada com o cumprimento deste Contrato de Gestão, por servidores credenciados da **CONTRATANTE** e/ou da **AGR**, para a realização das suas tarefas de acompanhamento e avaliação pela **CONTRATANTE** e de regulação, controle e fiscalização, em sua atribuição legal, pela **AGR**, bem como de terceiros contratados e credenciados para assistir e subsidiar com informações pertinentes as atribuições desses servidores.

8.14. A **CONTRATANTE**, por meio da **AGPOS** e/ou **COMACG**, e a **AGR** darão especial atenção ao cumprimento das Metas e Indicadores de Desempenho e de Qualidade e definirão, em separado, o valor variável, previsto no item 6.10 deste Contrato de Gestão, a ser objeto de acerto com a **CONTRATADA**.

8.15. No caso dos valores, calculados pela **AGPOS** e pela **AGR**, mostrarem diferenças superiores a 5% em relação aos dois cálculos, eles terão que ser revistos, em conjunto, pela **AGPOS** e pela **AGR**.

CLÁUSULA NONA – DOS BENS PÚBLICOS

9.1. Os bens públicos necessários ao cumprimento do Contrato de Gestão serão destinados à **CONTRATADA,** mediante Termo de Permissão de Uso, conforme Anexos VII e VIII.

9.2. Os bens móveis públicos permitidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual ou maior valor, desde que previamente autorizada pela **CONTRATANTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionado à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado.

9.3. Permanecem cedidos à **CONTRATADA**, a título de permissão de uso, observados os requisitos estabelecidos no art.3º, inciso II, alínea "a" do Decreto nº 5.061 de 18 de junho de 1.999, e pelo prazo do presente Contrato, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações constantes na Permissão de Uso, cabendo à **PERMISSIONÁRIA** mantê-los e deles cuidar como se seus fossem, restrito o uso e destinação à consecução das finalidades traçadas e observados os objetivos e metas previstos neste Instrumento.

9.4. Faculta-se seu uso em ações que visem o fortalecimento de parcerias técnicas, científicas e profissionais, com ou sem geração de recursos financeiros, desde que previstas no estatuto da **CONTRATADA**, e os valores arrecadados se revertam para a manutenção dos serviços, e/ou ampliação do número de pacientes atendidos, e/ou reaparelhamento do acervo patrimonial, respeitando os objetivos e obrigações deste Contrato.

9.5. A **CONTRATADA** deverá, trimestralmente, apresentar Relatórios à **CONTRATANTE** especificando os bens objetos dos Termos de Permissão de Uso, com as respectivas classificações, qualificações e estado de conservação.

CLÁUSULA DÉCIMA– DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

10.1. A Prestação de Contas, a ser apresentada semestralmente e a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, far-se-á por meio de relatório pertinente à execução deste Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizadas.

Instituto GERIR
Fls. 93

S. E. S.
Fls: 1664

5178

10.2. A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade determinada.

10.3. A Prestação de Contas deverá conter, no **mínimo**, as seguintes informações:

a) Relatórios contábeis e financeiros.

b) Relatório de Cumprimento de Metas.

c) Relatórios referentes aos Indicadores de Desempenho e Qualidade estabelecidos para a Unidade.

d) Relatório de Custos.

e) Censo de origem dos usuários atendidos.

f) Pesquisa de Satisfação de usuários e acompanhantes.

g) Relação de servidores remunerados em razão de exercício de função temporária de assessoria ou direção.

h) Relatório detalhando a qualificação e o estado de conservação dos bens constantes do Termo de Permissão de Uso.

i) Outras, a serem definidas, de acordo com o tipo da Unidade.

j) Todos os outros elementos exigidos pelo artigo 21 da RN 007/2011 do TCE/GO.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA– DA REGULAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA CONTRATADA PELA AGR

11.1. A regulação, controle e fiscalização das atividades da **CONTRATADA**, com base nas disposições deste Contrato de Gestão e da Lei Nº 13.569, de 27 de dezembro de 1999 e seu Regulamento, será feita pela Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – **AGR**.

11.1.1. A regulação, controle e fiscalização considerará com especial atenção o disposto no art. 2º da Lei 13.569/1999 e ainda:

I – A regulação, controle e fiscalização serão feitas com inteira independência decisória em relação a qualquer ente público ou privado, com tecnicidade, transparência, objetividade e celeridade em suas ações, determinados pelo art. 4º da Lei Nº 17.268, de 04 de fevereiro de 2011.

II – O reajuste anual dos valores deste Contrato de Gestão e a sua revisão a cada 5 anos.

III – A edição de normas regulatórias com base na Constituição, leis, decretos e neste Contrato de Gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

12.1. Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** poderá assumir, imediatamente, a execução dos serviços objeto deste Contrato, bem como a administração da Unidade, qualquer que seja o estado de conservação que se encontre.

12.1.1. Ocorrendo o previsto no subitem 12.1, a **CONTRATANTE** assumirá a gestão da Unidade com todas as instalações, equipamentos e recursos humanos necessários ao regular funcionamento da Unidade, sejam admitidos pela **CONTRATADA** e/ou cedidos pela **CONTRATANTE**.

Instituto GERIR
Fls.

S. E. S.
Fls: 1665
Rubrica

12.1.2. Acontecendo o previsto nos subitens 12.1, todas as despesas e custos decorrentes da intervenção passarão a ser de responsabilidade da **CONTRATANTE** até que a intervenção seja suspensa, quando a situação emergencial for superada e/ou regularizada, com a volta da própria **CONTRATADA**, se for o caso, ou com a contratação de outra Organização Social que venha a substituí-la ou, ainda, com a assunção direta da gestão da Unidade pela própria **CONTRATANTE** em caráter definitivo, se essa for a decisão governamental.

12.2. O Estado possui a prerrogativa, por meio da Controladoria-Geral do Estado, de exercer a fiscalização sobre a execução e aplicação dos recursos financeiros.

5379

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

13.1. A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários, aos órgãos do SUS e a terceiros a esses vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados neste Instrumento sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS PENALIDADES

14.1. A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **AGR**, garantida a plena defesa e o contraditório, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência.

b) Multa.

c) Suspensão temporária de participar de processos de seleção com o Estado de Goiás, por prazo não superior a 02 anos.

14.2. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA.**

14.3. As sanções previstas nas alíneas "a" e "c", desta cláusula, poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

14.4. Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 15 dias para interpor recurso, dirigido ao Conselho Regulador da **AGR**.

14.5. O valor da multa que vier a ser aplicada, após o seu trânsito em julgado, será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual.

14.6. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

Instituto GERIR
Fls. 95

S. E. S.
Fls: 1666
5380

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RESCISÃO

15.1. O presente Instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações:

I - Por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de comprovada má gestão, culpa e/ou dolo.

II - Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público.

III - Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 30 dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 10 dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

IV - Se houver alterações do estatuto da **CONTRATADA** que implique em modificação das condições de sua qualificação como Organização Social ou de execução do presente Instrumento.

V - Pela superveniência de norma legal ou evento que torne material ou formalmente inexequível o presente Instrumento, com comunicação prévia de 60 dias.

15.2. Verificada a hipótese de rescisão contratual com fundamento nos incisos I e IV do item 15.1, a **CONTRATANTE** providenciará a Revogação da Permissão de Uso, existente em decorrência do presente Instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis após a conclusão de processo administrativo que garantirá o Princípio do Contraditório e Ampla defesa.

15.3. Em caso de deliberação pela rescisão, essa será precedida de processo administrativo assegurado o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da entidade como Organização Social.

15.4. Ocorrendo à extinção ou desqualificação da Organização Social ou rescisão do Contrato de Gestão, acarretará:

a) A rescisão ou distrato do Termo de Permissão de Uso dos Bens Móveis e Imóveis, a imediata reversão desses bens ao patrimônio da **CONTRATANTE,** bem como os bens adquiridos com recursos financeiros recebidos em decorrência do objeto deste Contrato.

b) A cessação das cedências e afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA.**

c) A incorporação ao patrimônio do Estado dos bens doados, adquiridos e dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados, conforme letra I, inciso II do artigo 2º da Lei 15.503/2005.

d) Disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **HOSPITAL**, as fichas e prontuários dos usuários.

15.5. Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, ressalvada a hipótese de inadimplemento da **CONTRATANTE**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde contratados pelo prazo mínimo de 120 dias, contados da denúncia do Contrato de Gestão.

15.6. A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 120 dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE.**

15.7. Na hipótese do inciso III do item 15.1, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA**, exclusivamente em decorrência do retardo na

Instituto GERIR
Fls. 96

S. E. S.
Fls: 1667
6
Rubrica

transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE.**

15.8. Os valores de que trata a Cláusula Sexta item 6.4 serão revertidos ao patrimônio do Estado em 5 anos contados da rescisão ou enquanto perdurarem pendências judiciais, sempre mantidos em conta específica para esse fim, com as devidas aplicações financeiras.

S. E. S.
Fls: 5585

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA– DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DA CONTRATADA

16. A **CONTRATADA** obriga-se a manter, permanentemente, no mínimo, as seguintes ações de transparência:

I – Manter em seu site na internet um portal de transparência em que, obrigatoriamente, sejam mostrados:

a) o Contrato de Gestão e seus eventuais aditivos

b) o seu regulamento de contratação de bens e serviços

c) todos os contratos que tenha assinado

d) seus registros contábeis, balanços e balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades

e) relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido

f) atas de suas reuniões

g) regulamento de contratação de pessoal

h) chamamento público, com critérios técnicos e objetivos, para recrutamento e seleção dos empregados

i) resultados dos processos seletivos simplificados

j) relação mensal dos servidores públicos cedidos

k) relação mensal dos servidores que foram devolvidos ao Estado de Goiás

l) relação dos membros da diretoria e das chefias de seu organograma;

m) pareceres técnicos e jurídicos sobre qualquer assunto, ação ou atividade que tenham sido emitidos.

II- Toda interpelação acerca do serviço público prestado pela **CONTRATADA**, feita por autoridade ou por pessoa do povo, deve ser prontamente respondida.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

17.1. As partes **CONTRATANTES** elegem o Foro da Comarca de Goiânia como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato de Gestão que não puder ser resolvida amigavelmente, renunciando a outro qualquer por mais privilegiado que se configure.

17 de 18
Instituto GERIR
Fls: 0097

TCE 1681

S. E. S. Fls: 1668 Rubrica

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. O presente Contrato terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 dias contados da data de sua assinatura.

18.2. Este Contrato será encaminhado, oportunamente, ao Egrégio Tribunal de Contas do Estado de Goiás para apreciação.

S. E. S. 5482

E por estarem acordes, assinam este Instrumento os representantes das partes, em duas vias de igual teor e forma, para que alcancem os jurídicos e desejados efeitos.

Goiânia, _____de _____de 2012.

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
PROCURADOR GERAL DO ESTADO

HUMBERTO TANNÚS JÚNIOR
Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – AGR
INTERVENIENTE

ANTONIO FALEIROS FILHO
CONTRATANTE

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

Nome: Hélio Augusto F. Vieira
RG n. OAB/60 20.173
CPF n 655.930.831-15

Nome: Thiago Siqueira da Silva
RG n. 7840 OAB/MA
CPF n. 822.229.273-49

Instituto GERIR Fls. 98

S. E. S.
Fls: 1669
Pública

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

ANEXO I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

S. E. S.
Fls: 5933

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO

CNES: 2338262

Endereço: Av. 31 de março s/n Setor Pedro Ludovico Teixeira- Goiânia – GO - CEP: 74.820-200.

Tipo de Unidade: Hospital de Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária. Unidade de Referência para atendimento de Urgência e Emergência de Média e Alta Complexidade devidamente referenciado pelos Complexos Reguladores Estadual/Municipal.

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Gestão do Sistema: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

2. INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO, proprietária e Gerente da Unidade de Saúde acima identificada, no intuito de atender aos princípios basilares da Administração Pública e do Sistema Único de Saúde – SUS, apresenta o Termo de Referência para os candidatos ao certame no qual será selecionado a proposta pelo critério de melhor técnica.

Além desses princípios, os candidatos deverão observar os seguintes objetivos específicos:

- A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário.
- Resolubilidade e qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS.
- Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas.
- Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde – MS.
- Busca de certificação de qualidade .
- A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino: estágios de Graduação e Pós Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós Graduação Sensu Lato, Especialização e Residência Multiprofissional e em áreas especializadas, em conformidade com as legislações vigentes.

Instituto GERIR
Fls. 99

TCE 1683

S. E. S. Fls: 1670 Rubrica

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

Hospital de Assistência, Ensino e Pesquisa, tendo como prioridade o trauma, em pacientes de qualquer faixa etária, especializado em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, regulados pelos Complexos Reguladores Estadual/Municipal, sendo referência para a Região Metropolitana de Goiânia e todo o Estado, com funcionamento 24 horas ininterruptamente. Possui arquitetura verticalizada, com a seguinte capacidade instalada:

3.1. Pronto Atendimento - P.A

Unidade de Trauma	10 Box de Reanimação
Emergência Clínica	12 leitos
Observação	32 leitos
Sala de Classificação de Risco	1
Total	**54 leitos**

3.2. Traumatologia

Localizado no 4º andar, com 69 leitos assim distribuídos:

Traumatologia 1	17 Enfermarias	34 leitos
Traumatologia 2	15 Enfermarias	35 leitos
Total		**69 leitos**

3.3. Clínica Médica e Clínica Cirúrgica

Localizadas no 5º andar, com 66 leitos distribuídos por especialidades conforme descrito abaixo:

Clínica Médica	Escolta/ SSP-GO	4 leitos
	Clínica Médica	8 leitos
	Neurologia	6 leitos
	Cardiologia	8 leitos
	Geriatria	4 leitos
Clínica Cirúrgica	Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular	38 leitos
Total		**68 leitos**

3.4. Unidade de Tratamento Intensivo

2 UTI's localizadas no 2º andar e 1 UTI Neurológica localizada no Pronto Atendimento:

Instituto GERIR Fls. 100

S. E. S.
Fls. 1671
Rubrica

UTI 1	10 leitos
UTI 2	20 leitos
UTI Neurológica	14 leitos
Total	**44 leitos**

3.5. Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico possui 10 salas equipadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento Ininterrupto todos os dias da semana.

Possui 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA com 8 leitos.

3.6. Ambulatório – Possui 21 salas assim distribuídas:

Gerência Médica	1	
Consultórios da Residência Médica	Clínica Médica	2
	Cardiologia	1
	Retorno da Cirurgia Geral	1
	Ortopedia	1
	Sala de Eletrocardiografia - ECG	1
Sala de Curativo	1	
Odontologia	1	
Fisioterapia	1	
Departamento de Enfermagem	1	
Supervisão Administrativa	1	
Serviço Social	1	
Psicologia	1	
Núcleo Interno de Regulação	3	
Chefia de Enfermagem da Urgência/ Emergência	1	
Gesso/Redução	3	
Total	**21 salas**	

3.7. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

Dispõe de equipamentos e procedimentos de diagnóstico de avançada tecnologia tais como:

Análises Clínicas	Anatomia Patológica	Radiologia Convencional
Ultrassonografia	Tomografia Computadorizada	Endoscopia Digestiva

Instituto GERIR
Fls. 101

S. E. S
Fls: 1672
6
Rubrica
S. E. S
5086

Broncoscopia	Eletrocardiografia	Ecocardiografia
Dupplex Scan	Colonoscopia	Hemoterapia

A Divisão de Imagiologia está localizada no Pronto Atendimento – P.A e possui 13 salas assim distribuídas:

Radiologia	5
Tomografia Computadorizada	2
Ultrassonografia	1
Endoscopia	1
Broncoscopia	1
Ecocardiografia	1
Administração	2
Total	**13 salas**

4. ENSINO E PESQUISA

É de fundamental importância a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão nos hospitais da rede hospitalar da SES/GO. A Unidade encontra-se em fase final de preparação para dar entrada no processo de certificação junto ao Ministério da Saúde/Ministério da Educação, com o objetivo de obter o Certificado de Hospital de Ensino e Pesquisa do SUS.

A certificação do MEC/MS é reconhecida nacionalmente como um quesito de excelência em qualidade da instituição de saúde, à semelhança dos certificados de acreditação hospitalar.

A Unidade deverá atender a Portaria Interministerial MS/MEC nº 2400/2007, de 02/10/2007, que regulamenta o processo de certificação.

4.1. Residência Médica

A duração média de cada Residência Médica é de 2 anos.

Nº de vagas por especialidade	
Especialidade	**Quantitativo**
Clínica Médica	10
Geriatria	4
Neurologia	2
Cardiologia	2
Ortopedia	4
Cirurgia Geral	5
* Medicina Intensiva	2
Total	**29 vagas**

* O processo encontra-se em tramitação

Instituto GERIR
Fls: 102

S. E. S.
Fls: 1673
6
Fls: 5087

Equipe de Preceptores

PROGRAMAS	Nº DE PRECEPTORES (carga horária 20 horas)
Clínica Médica	5
Geriatria	4
Neurologia	2
Cardiologia	5
Ortopedia	13
Cirurgia Geral	13
Medicina Intensiva	1
TOTAL	**43**

Os preceptores são médicos selecionados e contratados pela SES-GO, preferencialmente mestre, doutor ou especialista em sua área profissional.

4.2. Educação Continuada

Incentivo ao aprimoramento dos servidores, estimulando treinamentos e patrocinando frequência a cursos tipo *Advanced Trauma Life Support - ATLS, Advariced Cardiac Life Support – ACLS, Fundamental Critical Care Support - FCCS* e outros, visando a capacitação técnica e a atualização dos profissionais da Unidade no atendimento ao usuário.

4.3. Composição Física

- 03 salas de aulas bem equipadas
- 01 Auditório
- 01 Biblioteca
- 01 sala administrativa
- 03 repousos

4.4. Biblioteca

Serviços disponíveis aos usuários:

- Serviços de informação com acervo especializado na área da saúde e atendimento à pesquisa no local e nas bases de dados da Bireme, Scielo e outras
- Informações sobre eventos
- Orientação na apresentação de monografias e projetos de pesquisas
- Orientação aos médicos residentes na normalização de seus trabalhos de conclusão de Residência
- Levantamento bibliográfico
- Divulgação de novas aquisições da bibliloteca por e-mail aos residentes e demais cadastrados
- Acervo local de literatura
- Disponibilidade de grande diversidade de periódicos correntes

Instituto GERIR
Fls. 105

S. E. S. Fls. 1674

Fls. 5088

Empréstimo domiciliar e utilização do computador no recinto da Biblioteca para pesquisas na Internet aos servidores do HUGO.

5.PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

5.1. Assistência Hospitalar

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou definir o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento.

5.1.1. No processo de hospitalização estão incluídos:

Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação.

- Tratamentos concomitantes, diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas.
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação.
- Serviço de Alimentação e Nutrição, contemplando a produção de refeições e nutrição enteral e parenteral.
- Assistência por equipe médica especializada.
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos.
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do usuário.
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes e gestantes.
- Sangue e hemoderivados
- Hemodiálise, devendo possuir, no mínimo, uma máquina de Hemodiálise para Terapia Renal Substitutiva - TRS por UTI.
- Exames complementares, tanto laboratoriais quanto de imagem, além das propedêuticas possíveis.
- Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada do SUS.
- Fornecimento de roupas hospitalares.
- Procedimentos especiais necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

Instituto GERIR
Fls. 1048

S. E. S. Fls. 1675
S. E. S. Fls. 5089

5.2. Atendimento Ambulatorial

Além de consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orientam pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições sempre cooperando com o corpo clínico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporcioná-los assistência imediata .

5.3. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Serão disponibilizados exames e ações de Apoio Diagnóstico e Terapêutico aos usuários atendidos na Unidade.

5.4. Complementação da Assistência

Enfermagem	Fisioterapia	Psicologia
Serviço Social	Fonoaudiologia	Nutrição
Farmácia Clínica	Terapia Ocupacional	Odontologia
Cuidados Paliativos		

5.5. Ensino e Pesquisa

A Unidade desenvolve atividades de Ensino e Pesquisa ofertando campos de práticas para estágios de cursos profissionalizantes, tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO, e Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/ MEC. Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do SUS pela Unidade.

5.6. Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

Se ao longo da vigência do Contrato, de comum acordo entre as partes, a Contratada ou a SES/GO se propuserem a realizar outras atividades diferentes das relacionadas, seja pela introdução de novas diagnoses e /ou terapias, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela SES/GO. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de termo aditivo ao Contrato.

5.7. Requisitos exigidos para execução do Contrato

Tendo em vista que a Unidade funcionará com o perfil descrito, sob Contrato de Gestão, cabe a SES/GO acompanhar os indicadores definidos no Contrato de Gestão.

Instituto GERIR
Fls. 105

S. E. S. Fls. 1676 6 Fls. 5180

5.7.1. A Contratada deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível com o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

5.7.2. A Unidade deverá possuir um responsável técnico, Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe.

5.7.3. Cada médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

5.7.4. A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002.

5.7.5. A Unidade deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

5.7.6. A Unidade deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

5.7.7. A Unidade deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemple, no mínimo: controle de estoques, do almoxarifado e farmácia, sistema de custos, prontuário médico observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002, serviços de apoio e relatórios gerenciais, que atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios a SES/GO.

5.7.8. A Unidade deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo às Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

5.7.9. A gestão da Unidade deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.

5.7.10. A Unidade deverá fornecer área adequada e mobiliada para descanso de servidores em regime de plantão.

Instituto GERIR Fls. 106

S. E. S.
Fls: 1677
Rubrica
S. E. S.
Fls: 5095

5.7.11. A Unidade deverá manter serviço de manutenção de equipamentos médico-hospitalares e predial, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde.

5.7.12. A Unidade deverá dispor de um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE e constituir legalmente e manter ativas as Comissões:

• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar-SCIH	• Comissão de Ética Médica e de Enfermagem
• Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	• Comissão Multidisciplinar de Bioética
• Comissão de Verificação de Óbitos	• Comissão de Ética em Pesquisa Científica
• Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia	• Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral
• Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos	• Comissão de Residência Médica
• Comissão de Residência Multiprofissional	• Comissão de Educação Permanente
• Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único	• Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde
• Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	• Comissão de Gerenciamento de Riscos relacionados aos produtos para a Saúde, medicamentos, correlatos, saneantes, sangue, hemocomponentes e equipamentos.

5.7.12.1. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá atender a Lei n.º 9431, de 6 de janeiro de 1997, a Portaria MS n.º 2616, de 12 de maio de 1998, e a Instrução Normativa n.º 4, de 24 de fevereiro de 2010.

5.7.12.2. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos deverá implementar ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, de acordo com a RDC da Anvisa nº 306 , de 7 de dezembro de 2004, e Resolução do CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005.

5.7.13. A Unidade deverá manter Serviço de Engenharia e Segurança em Medicina do Trabalho-SESMT, de acordo com as legislações vigentes.

5.7.14. A Unidade deverá constituir e manter servidores para relacionamento com a clientela:

- Ouvidoria e/ou Serviço de Proteção ao Usuário- SEPRU
- Comunicação Social e de Relacionamento com o Usuário

5.8. Serviços a serem implantados/implementados:

- Acrescentar 6 leitos na UTI Neurológica.

- Adequar a Emergência Clínica às normas da Vigilância Sanitária, nos padrões da complexidade dos seus pacientes, com acréscimo de 8 leitos.

- Implementar a Classificação de Risco de acordo com as Portaria Ministeriais.

Instituto GERIR
Fls. 1074

S. E. S.
Fls: 1678
6
RUBRICA
Fls: 5992
2

- Instalar o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar - NAQH, de acordo com o Programa SOS Emergências, integrante da Rede Saúde Toda Hora do Ministério da Saúde.

- Implantar o serviço de Colonoscopia e Ecodoppler Cardiograma Transesofágico.

- Habilitar o Serviço de Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica, Cirurgia Vascular e Neurocirurgia.

- Implantar, no mínimo, 1 leito de Estabilização/Urgência Clínica por ala de enfermaria.

- Implantar o Serviço de Hemodinâmica Diagnóstica e Terapêutica para atenção aos casos de Acidentes Vásculo - encefálicos e Síndromes Coronarianas Agudas.

- Implantar 10 leitos de UTI Cardiológica.

5.8.1. Serviço de Imagiologia com Central Remota de Laudos

Encontra-se em andamento, para atender aos Hospitais da Rede Própria da SES/GO, procedimento de transferência da gestão do Serviço de Imagiologia para uma Organização Social. A entidade contratada para gerir esse serviço será responsável pela instalação de uma Central Remota de Laudos, assumindo o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de imagiologia dos seguintes exames: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia. Portanto, a Organização Social que assumir a gestão da Unidade estará desobrigada da prestação desse serviço, sendo o valor relativo ao mesmo descontado quando da realização do pagamento.

6. CUSTO ESTIMADO

Para que a proposta da Organização Social, candidata a assumir a gerência da Unidade, seja considerada economicamente viável, o custo mensal de cada leito deverá ser apresentado entre os valores de R$ 30.000,00 e R$ 35.000,00.

Instituto GERIR
Fls. 108

TCE 1692

S. E. S.
Fls: 1679

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

ANEXO II – METAS DE PRODUÇÃO

1. Atividades mínimas a realizar
1.1. Assistência Hospitalar

1.1.1. Realizar, no mínimo, 90% da meta estabelecida no Plano de Metas de Produção.

1.1.2. O Indicador de aferição será a Saída Hospitalar, comprovada por meio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH emitida pelo próprio hospital, processada e faturada pelo DATASUS/MS;

1.1.3. Manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais nas especialidades definidas.

1.2. Ambulatório

Atender os usuários egressos da instituição hospitalar e os usuários encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual/ Municipal para as especialidades previamente definidas.

1.3. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

Realizar os exames abaixo especificados conforme a necessidade dos usuários internados e atendidos na Unidade.

Análises Clínicas	Anatomia Patológica	Radiologia Convencional
Ultrassonografia	Tomografia Computadorizada	Eletrocardiografia
Endoscopia Digestiva	Broncoscopia	Ecocardiografia
Duplex Scan	Colonoscopia	Hemoterapia

1.4. Manter e incrementar o Programa de Residência Médica

Os Programas de Residência Médica - PRM são reconhecidos pelo Ministério da Educação-MEC, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, e estão funcionando nas áreas de: Clínica Médica, Geriatria, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral, Cardiologia e Medicina Intensiva.

A duração média de cada Residência Médica é de 02 anos.

O Hospital encontra-se com solicitação de habilitação como Hospital de Ensino.

2. Compromissos gerais

a) Prestar Assistência Hospitalar e Ambulatorial, priorizando o trauma, em pacientes de qualquer faixa etária, de Média e Alta Complexidade em:

Urgência e Emergência	Clínica Médica
Clínica Cirúrgica	Cirurgia Geral
Cirurgia Vascular	Cirurgia Bucomaxilofacial
Neurologia e Neurocirurgia	Ortopedia/Traumatologia
Cardiologia	Geriatria

Instituto GERIR
Fls. 109

S. E. S.
Fls: 1680
6
Fls: 5994
1

Atendimento Complementar:

Fisioterapia	Nutrição	Enfermagem
Farmácia Clínica	Serviço Social	Fonoaudiologia
Odontologia	Terapia Ocupacional	Cuidados Paliativos
Psicologia		

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Radiologia Convencional	Tomografia Computadorizada	Ultrassonografia
Hemoterapia	Análises Clínicas	Endoscopia Digestiva
Broncoscopia	Eletrocardiografia	Ecocardiografia
Duplex Scan	Colonoscopia	Anatomia Patológica

b) Manter atividades de aperfeiçoamento e treinamento em serviços nas áreas assistenciais e de suporte técnico e administrativo;

c) Apresentar anualmente trabalhos científicos em congressos, jornadas, simpósios e outros eventos científicos, ou publicá-los em periódicos nacionais e/ou estrangeiros;

d) Constituir legalmente e manter ativas as seguintes Comissões:

• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar-SCIH	• Comissão de Ética Médica e de Enfermagem
• Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	• Comissão Multidisciplinar de Bioética
• Comissão de Verificação de Óbitos	• Comissão de Ética em Pesquisa Científica
• Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia	• Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral
• Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos	• Comissão de Residência Médica
• Comissão de Residência Multiprofissional	• Comissão de Educação Permanente
• Comissão de Avaliação de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único	• Comissão de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde
• Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	• Comissão de Gerenciamento de Riscos relacionados aos produtos para a Saúde, medicamentos, correlatos, saneantes, sangue, hemocomponentes e equipamentos.

e)Manter um Programa de Qualidade que abranja, em especial, as áreas de:

- Humanização do Atendimento
- Protocolos Clínicos e de Internações.

Instituto GERIR
Fls. 110

S. E. S.
Fls: 1681

3. Plano de Metas de Produção

3.1. Quantitativos/Metas mensais

LEITOS	CAPACIDADE INSTALADA	LEITOS/DIA	META
Observação/ Suporte	32	960	1728
Reanimação Trauma	10	300	6480
Emergência Clínica	12	360	162
Internação - Clínica Médica	30	900	270
Internação - Clínica Cirúrgica	38	1140	342
Traumatologia	69	2070	621
UTI	44	1320	149

CAPACIDADE TOTAL DE CIRURGIAS POR ESPECIALIDADE	QUANTIDADE
Bucomaxilofacial	90
Cirurgia Geral	240
Ortopedia/Traumatologia	600
Neurocirurgia	90
Cirurgia Vascular	90

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	QUANTIDADE
Urgências / Emergências	4500

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	QUANTIDADE
Retorno dos casos internados Clínicos e Cirúrgicos	2100

SADT	QUANTIDADE
Eletrocardiografia	350
Análises Clínicas	38000
Radiologia Convencional	12000
Tomografia	2800
Ultrassonografia	200
Agência Transfusional	1200
Anatomia Patológica	100
Broncoscopia	100
Duplex Scan	60
Ecocardiografia	120
Gastrostomia Endoscópica	40
Colonoscopia	80
Esofagogastroduodenoscopia-EDA Diagnóstica Terapêutica	80

Instituto GERIR
Fls. 111

S. E. S.
Fls: 1682
5196

ATOS NÃO MÉDICOS	QUANTIDADE
Nutrição	1600
Psicologia	20000
Fisioterapia	4000
Serviço Social	5000
Enfermagem	22000
Odontologia	3600
Fonoaudiologia	900
Terapia Ocupacional	160

INDICADORES HOSPITALARES	
Média de Permanência	
Observação	12 horas
Reanimação Trauma	1 hora
Emergência Clínica	2 dias
Internação Clínica e Cirúrgica	3 dias
Traumatologia	3 dias
UTI	8 dias
Taxa de Ocupação Hospitalar	90,00%
Taxa de Infecção Hospitalar	9,30%
Taxa de Mortalidade Global	4,72%

6.3.2. Premissas gerais utilizadas na definição do Plano de Metas de Produção

a) Considerar para efeitos de cálculos a atividade ininterrupta de 24 horas durante todo o mês.

b) Metas previstas para alcançar 90% de ocupação da capacidade de internação.

c) Para o cálculo das metas foram utilizados os indicadores Média de Permanência e Taxa de Ocupação Hospitalar, conforme critérios do Ministério da Saúde.

d) Pronto atendimento dimensionado de acordo com a capacidade operacional de atendimento e de acordo com norma da Coordenação Nacional de Urgência – 2048/2002, de abrangência estadual.

e) O desempenho da **CONTRATADA** quanto às Taxas de Infecção Hospitalar e Mortalidade Global será considerado satisfatório pela **CONTRATANTE** quando evidenciar uma redução dos seus valores em comparação ao indicador definido no quadro acima.

f) Não há possibilidade de ser dimensionada a demanda social efetiva para esta Unidade, pósto que o atendimento é exclusivo ao SUS, sendo portanto universal, não havendo restrições a nenhum cidadão.

g) Apesar de estar regulada pelos Complexos Reguladores de Urgência, a Unidade é porta de entrada para o atendimento de Urgência/ Emergência de Média e Alta Complexidade.

Instituto GERIR
Fls. 112

TCE 1696

S. E. S.
Fls. 1684

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

5097

ANEXO III – DESCRIÇÃO DA DESTINAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

ITENS DE CUSTEIO	PERCENTUAL	VALOR PROGRAMADO EM R$
Previsão de verba mensal de custeio	100%	R$ 7.864.080,00
Custeio de pessoal	Até 60%	
Custeio de materiais	Até 20%	
Custeio de serviços	Até 15%	
Investimentos	Até 15%	

O pagamento mensal constará de uma parte fixa, 80 %, e uma parte variável, 20%, que será paga de acordo com a Avaliação das Metas de Produção e dos Indicadores. No caso do não cumprimento das metas, o desconto será realizado no meses subsequentes à avaliação.

OBS: A soma dos percentuais fracionados na tabela epigrafada não poderá ultrapassar o valor de 100%, e em caso de não realização de investimentos, o percentual a ele destinado poderá ser utilizado para custeio de material médico hospitalar.

Instituto GERIR
Fls. 113

TCE 1697

S. E. S. Fls: 1685

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

S. E. S. Fls: 5998

ANEXO IV – INDICADORES DE DESEMPENHO

1.Taxa de Infecção Hospitalar

É a relação percentual entre o total de infecções ocorridas, sem relação com a causa que motivou a internação.

$$\text{Taxa:} \frac{\text{Total de infecções no período}}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}} \times 100$$

2. Taxa de Mortalidade Global

É a relação global entre o total de óbitos na Unidade durante um determinado período e o total de pacientes saídos (altas e óbitos) durante o mesmo período.

$$\text{Taxa:} \frac{\text{Total de óbitos ocorridos no período}}{\text{Total de altas e óbitos no mesmo período}} \times 100$$

3. Taxa de Ocupação Hospitalar:

Relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se, para o cálculo dos leitos/dia no denominador, os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras

$$\text{Taxa:} \frac{\text{Total de pacientes/dia no período de 1 mês}}{\text{Total de leitos operacionais/dia do período}} \times 100$$

4. Média de Permanência Hospitalar:

É a relação entre o total de pacientes/dia e a quantidade de internações realizadas em determinado período.

$$\text{Taxa:} \frac{\text{Total de pacientes/dia no período de 1 mês}}{\text{Total de pacientes saídos do mesmo período}} \times 100$$

5. Índice de Resultado Financeiro:

É a relação entre a receita total e despesa total no mesmo período.

$$\text{IRS:} \frac{\text{Receita total no período}}{\text{Despesa total no mesmo período}} = \begin{array}{l} > 1 - \text{Resultado positivo} \\ < 1 - \text{Resultado negativo} \\ = 1 - \text{Equilíbrio} \end{array}$$

1 de 2

Instituto GERIR
Fls. 114

S. E. S.
Fls: 1686
Rubrica
5299

6. Tempo médio de entrega de resultados de exames:
É a relação da data de solicitação do exame e a data de entrega do mesmo.

$$\text{Tempo:} \frac{\text{Data da solicitação do exame}}{\text{Data da realização do exame}}$$

QUADRO DE PARÂMETROS

INDICADOR	VALOR
Média de permanência	
Observação	12 horas
Reanimação Trauma	1 hora
Emergência Clínica	2 dias
Internação Clínica e Cirúrgica	3 dias
Traumatologia	3 dias
UTI	8 dias
Taxa de Infecção Hospitalar	9,30%
Taxa de Ocupação Hospitalar	90,00%
Taxa de Mortalidade Global	4,72%
Índice de Resultado Financeiro	= > 1
Tempo de Entrega do Exame	= < 24h

Instituto GERIR
Fls. 115

TCE 1699

S. E. S.
Fls: 1687
Rubrica

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

ANEXO V – INDICADORES DE QUALIDADE

1. Índice de Satisfação da Clientela

É a relação percentual entre a quantidade de avaliação entre bom e ótimo com o total de pessoas pesquisadas, mediante entrevista direta.

S. E. S.
Fls: 5200

$$ISC = \frac{\text{Quantidade de avaliação entre bom e ótimo}}{\text{Total de pessoas pesquisadas}} \times 100 \quad => 80\%$$

2. Índice de Transparência Administrativa

É a relação entre o índice de resposta das ouvidorias e o índice de irregularidades administrativas

ITA = [IRO +(1-IIA)/2] = > 70%

onde:

IRO = Índice de Respostas das Ouvidorias

IRO = Total de respostas enviadas pelas Ouvidorias / Total de demandas formuladas

IIA = Índice de Irregularidades Administrativas

IIA = Nº de Processos Administrativos Disciplinares abertos / Nº total de servidores

Instituto GERIR
Fls. 116

TCE 1700

S. E. S.
Fls: 1688
Rubrica

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

ANEXO VI – SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO

S. E. S.
5205

A avaliação será feita semestralmente e obedecerá aos seguintes critérios:

- Análise dos Resultados de Metas Estabelecidas
- Análise dos Indicadores de Desempenho
- Análise dos Indicadores de Qualidade
- Análise dos Relatórios e dos Quadros da Ouvidoria
- Monitoramento da Produção e Faturamento

Para cada uma das metas que compõem os indicadores acima será atribuída uma nota variando de 0 a 10, em função do grau de consecução da meta acordada. Para tanto será observada a escala constante da tabela abaixo:

RESULTADO OBTIDO DA META	NOTA ATRIBUÍDA A META
> 90% até 100%	10
> 80% até 89%	9
> 70% até 79%	8
> 60% até 69%	7
> 50% até 59%	6
> 40% até 49%	5
> 30% até 39%	4
> 20% até 29%	3
> 10% até 19%	2
> 5% até 9%	1
< 5%	ZERO

Cada um dos indicadores de desempenho receberá um peso específico, variando de 1 a 4, em função da sua importância relativa no contexto da sistemática de avaliação, conforme a seguinte distribuição:

INDICADOR	PESO
IN1- Cumprimento de Metas Estabelecidas	4
IN2 - Indicadores de Desempenho	2
IN3 - Indicadores de Qualidade	2
IN4 - Produção e Faturamento	2

Instituto GERIR
Fls. 417

TE 1701

S. E. S. Fls: 1689 Rubrica

Memória do cálculo:

	DESCRIÇÃO				
	Meta	Nota	Média (a)	Peso (b)	TOTAL (c) = (a) x (b)
1				4	
2				2	
3				2	
4				2	
TOTAL DE PONTOS DOS INDICADORES					
NOTA GLOBAL DA AVALIAÇÃO = Σ (c)/10					

S. E. S. Fls: 5202

PONTUAÇÃO GLOBAL – CONCEITO – VALOR A RECEBER DO VARIÁVEL

PONTUAÇÃO GLOBAL	CONCEITO	VALOR A RECEBER DO VARIÁVEL
9,0 a 10,0 pontos	A – MUITO BOM	100%
7,1 a 8,9 pontos	B – BOM	80%
6,1 a 7,0 pontos	C – REGULAR	60%
5,0 a 6,0 pontos	D – RUIM	30%
< 5,0	E- INSUFICIENTE	ZERO

Instituto GERIR
Fls. 118

TC 1702

S. E. S.
Fls: 1690
Rubrica

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

S. E. S.
Fls: 5203

ANEXO VII – TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o ESTADO DE GOIÁS, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO e INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO, para os fins que se destina

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede no Rua SC- 1 nº 299 – Parque Santa Cruz , nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **ANTONIO FALEIROS FILHO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 2001732 SSP/GO, e CPF nº 118.971.206 - 72, residente e domiciliado em Goiânia/GO, juntamente com a **PROCURADORIA GERAL DO ESTADO**, representado pelo Procurador Geral **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, doravante denominada **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES, inscrito no CNPJ nº 14.963.977/0001-19 com endereço na Avenida C-255 S/N, QD. 588, Lote 4/8, sala 1005, Setor Nova Suíça, CEP 74.280-010, no Município de Goiânia, no Estado de Goiás, com Estatuto registrado no dia 09 de março de 2012, às fls.019 Livro , número 1027391 no Cartório de 1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia-GO, neste momento representado pelo Presidente, **EDUARDO RECHE SOUZA,** brasileiro, solteiro, empresário, portador da cédula de identidade RG nº 25.244.616-1/SSP/SP, com CPF nº 273.192.168-41, neste ato denominado PERMISSIONÁRIO.

Instituto GERIR
Fls. 1189

TCE 1703

S. E. S
Fls: 1691

Considerando o artigo 9 da Lei n. 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão n. 64/2012-SES/GO, firmado entre a SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES/GO e o **INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES,** cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO**.

Considerando tudo que consta no Processo Administrativo n. 201100010017259 as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

5204

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso, gratuito, dos bens móveis, conforme inventário de bens anexo a este Termo.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão n. 64/2012-SES/GO.

CLÁSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde- SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ – HUGO,** podendo remanejá-lo com a expressa autorização da **PERMITENTE.**

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, alienar de qualquer forma, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento da **PERMITENTE.**

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, a **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão nº. 64/2012/SES/GO emitindo Laudo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº. 64/2012/SES/GO.

c) Ficar responsável por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

Instituto GERIR
Fls. 020

S. E. S.
Fls: 1692
Rubrica

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência da **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento à **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente à **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbação ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar à **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear a **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência à **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente, à **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº 64/2012/SES/GO.

4.2. A **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento no Diário Oficial do Estado de Goiás, no prazo de 20 dias a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. A **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

Instituto GERIR
Fls.

S. E. S.
Fls: 1693
Rubrica

a) Ressarcir a **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização da **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

Fls: 5205

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir a **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9 da Lei n. 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº. 64/2012/SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Assessoria de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais – **AGPOS** e da Gerência de Patrimônio da **PERMITENTE**, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO**, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Instituto GERIR
Fls. 126

TCE 1706

S. E. S.
Fls: 1694
Rubrica

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 2 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, _____ de _____de 2012.

5207

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
Procurador Geral do Estado

HUMBERTO TANNUS JUNIOR
Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – AGR.
INTERVENIENTE

ANTONIO FALEIROS FILHO
PERMITENTE

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES.
PERMISSIONÁRIO

TESTEMUNHAS:

Nome: Nome:
RG n. RG n.
CPF n. CPF n.

Instituto GERIR
Fls. 123

TCE 1707

S. E. S.
Fls: 1695
Rubrica

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

S. E. S.
Fls: 5208

ANEXO VIII – TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel que entre si celebram a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES/GO e o INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso do imóvel denominado HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA Dr. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO, para os fins que se destina.

PARTÍCIPES:

PERMITENTE:

ESTADO DE GOIÁS, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede no Rua SC- 1 nº 299 – Parque Santa Cruz , nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **ANTONIO FALEIROS FILHO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 2001732 SSP/GO, e CPF nº 118.971.206 - 72, residente e domiciliado em Goiânia/GO, juntamente com a **PROCURADORIA GERAL DO ESTADO**, representado pelo Procurador Geral **ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS**, doravante denominada **PERMITENTE.**

PERMISSIONÁRIO:

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES, inscrito no CNPJ nº 14.963.977/0001-19 com endereço na Avenida C-255 S/N, QD. 588, Lote 4/8, sala 1005, Setor Nova Suíça, CEP 74.280-010, no Município de Goiânia, no Estado de Goiás, com Estatuto registrado no dia 09 de março de 2012, às fls.019 Livro , número 1027391 no Cartório de 1º Tabelionato de Protestos e Registros de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia-GO, neste momento representado pelo Presidente, **EDUARDO RECHE SOUZA**, brasileiro, solteiro, empresário, portador da cédula de identidade RG nº 25.244.616-1/SSP/SP, com CPF nº 273.192.168-41, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

1 de 4
Instituto GERIR
Fls. 0124

S. E. S.
Fls: 1696

Considerando o disposto no Contrato de Gestão n. 64/2012/SES-GO, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o **INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES**, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO DA CRUZ - HUGO.**

Considerando tudo que consta no Processo Administrativo nº 201100010017259 **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

S209

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na Av. 31 de março com a 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia-GO, onde funciona o HUGO, com área do terreno medindo **28.541,60 m2** e área total construída medindo **12.081,07 m2**.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. 64/2012/SES-GO.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde - SUS, sendo o HUGO referência estadual em Alta Complexidade Cirúrgica e Média e Alta Complexidade Clínica em Urgência / Emergência.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento da **Unidade Hospitalar**, sob pena de responder por perdas e danos.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão n. 64/2012, emitindo Laudo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste Termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na Cláusula Segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão n. 64/2012/SES-GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Laudo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento da **PERMITENTE.**

g) Declarar-se ciente de que este Termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

Instituto GERIR
Fls. 125

S. E. S.
Fls: 1697
6
S. E. S.
Fls: 5200
1

h) É facultado a **PERMISSIONÁRIA** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da **Comissão Especial para Análise de Obras Complementares Executadas em Unidades de Saúde sob Gestão de Organizações Sociais**, Interna dos Contratos de Gestão em Serviço de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto viger o Contrato de Gestão nº64/2012/SES/GO.

4.2. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta Permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás, no prazo de 20 dias a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. A **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO,** das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na **Lei n. 15.503/2005**, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão n. 64/2012/SES-GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Assessoria de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais – **AGPOS**, juntamente com a Gerência de Patrimônio da **PERMITENTE**, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO**, que não puderem ser resolvidas

Instituto GERIR
Fls. 1126

S. E. S. Fls. 1698

amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 2 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, _____ de _____ de 2012.

Fls. 5291

ALEXANDRE EDUARDO FELIPE TOCANTINS
Procurador Geral do Estado

HUMBERTO TANNÚS JÚNIOR
Agência Goiana de Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos – AGR.
INTERVENIENTE

ANTONIO FALEIROS FILHO
PERMITENTE

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE-IGES
PERMISSIONÁRIO

TESTEMUNHAS:

Nome: Hélen Aparecida L. Torres
RG n. OAB/GO 20173
CPF n. 655.930.831-15

Nome: Thiago Sorreira da Silva
RG n. 7840 OAB/MS
CPF n. 817.229.273-49

Instituto GERIR
Fls. 127

TCE 1711

S. E. S. Fls. 1699

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

S. E. S. Fls. 5202

ANEXO IX – DA MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO

DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE AS LEIS TRABALHISTAS

Ref.: Chamamento Público nº 01/2012

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES, inscrita no CNPJ/MF sob o número 14.963.977/0001-19, por intermédio de seu representante legal o Sr. **EDUARDO RECHE SOUZA,** portador(a) da Carteira de Identidade nº RG nº 25.244.616-1/SSP/SP e do CPF nº 273.192.168-41, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso no art. 7°, XXXIII da Constituição Federal e demais legislações vigentes, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem emprega menor de dezesseis anos, a não ser na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.

Em .....de.....de 2012.

EDUARDO RECHE SOUZA
INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - IGES.

Instituto GERIR Fls. 128

TCE 1712

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS A FORÇA DO CONHECIMENTO

S. E. S. Fls: 1700

S. E. S. 5213

ANEXO X -Planilha de custos relativa ao pessoal cedido, com as especificações dos cargos, valores de remuneração, encargos e demais vantagens.

315 - SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

REF.: MAR / 2012

DEPTO 026 - HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIANIA

Cargo	Quantidade	Vencimento	Demais vantagens	Desconto	Líquido	Valor da Remuneração
ADMINISTRADOR Total	1	1.807,39	5.072,15	1.692,87	5.186,67	6.879,54
ANALISTA DE DESENVOLVIMENTO RURAL Total	1	11.966,96	-	2.521,63	9.445,33	11.966,96
ANALISTA DE GESTAO ADMINISTRATIVA Total	8	25.698,12	23.070,33	11.920,92	36.847,53	48.768,45
ANALISTA DE POL DE ASSIST SOCIAL Total	1	2.500,00	2.428,70	980,50	3.948,20	4.928,70
ANALISTA TECNICO DE SAUDE Total	10	25.000,00	21.661,27	15.041,39	31.619,88	46.661,27
ASSESSOR ESPECIAL A Total	12	8.084,00	23.308,92	6.732,81	24.660,11	31.392,92
ASSESSOR ESPECIAL B Total	11	8.972,00	37.165,23	9.522,51	36.614,72	46.137,23
ASSESSOR ESPECIAL C Total	6	5.276,00	23.979,23	6.237,80	23.017,43	29.255,23
ASSESSOR ESPECIAL D Total	16	17.060,00	48.253,41	17.313,29	48.000,12	65.313,41
ASSESSOR ESPECIAL E Total	1	1.168,00	4.548,05	2.119,78	3.596,27	5.716,05
ASSESSOR ESPECIAL F Total	1	1.368,00	7.698,98	2.196,03	6.870,95	9.066,98
ASSISTENTE ATIVIVIDADES ADMIN G-3 Total	1	684,89	676,83	509,89	851,83	1.361,72
ASSISTENTE DE GABINETE A Total	2	544,00	1.538,09	470,13	1.611,96	2.082,09
ASSISTENTE DE GABINETE B Total	134	41.478,00	120.986,89	37.229,85	125.235,04	162.464,89
ASSISTENTE DE GABINETE C Total	121	41.277,00	111.235,83	35.844,04	116.668,79	152.512,83
ASSISTENTE DE GABINETE D Total	28	11.799,67	27.218,41	10.358,57	28.659,51	39.018,08
ASSISTENTE DE GABINETE E Total	5	2.457,00	7.661,39	2.179,92	7.938,47	10.118,39
ASSISTENTE DE GABINETE F Total	28	14.832,00	52.542,81	14.300,88	53.073,93	67.374,81
ASSISTENTE DE GESTAO ADMINISTRATI Total	24	45.500,85	38.337,33	24.315,09	59.523,09	83.838,18
ASSISTENTE OPERACIONAL-SOCIAL CL Total	1	1.500,00	1.050,00	1.303,92	1.246,08	2.550,00
ASSISTENTE SOCIAL Total	16	40.000,00	32.277,16	22.501,17	49.775,99	72.277,16
ASSISTENTE TECNICO DE SAUDE Total	50	81.580,00	68.916,86	42.746,42	107.750,44	150.496,86
ATENDENTE DE CONSULTORIO DENTARIO Total	5	5.343,55	5.697,94	3.603,93	7.437,56	11.041,49
AUXILIAR DE ENFERMAGEM Total	218	232.685,49	203.051,12	126.818,41	308.918,20	435.736,61
AUXILIAR DE LABORATORIO Total	2	2.137,42	1.543,79	821,09	2.860,12	3.681,21
AUXILIAR DE RADIOLOGIA Total	7	7.480,97	4.791,67	4.170,88	8.101,76	12.272,64
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Total	11	7.507,90	8.165,88	4.794,03	10.879,75	15.673,78
AUXILIAR TECNICO DE SAUDE Total	24	25.649,04	19.276,59	14.324,73	30.600,90	44.925,63
BIOMEDICO Total	7	17.500,00	12.863,86	7.280,55	23.083,31	30.363,86
BOLSA RESIDENTE Total	56	133.549,92	-	18.368,42	115.181,50	133.549,92
CIRURGIAO-DENTISTA Total	31	77.500,00	73.920,71	35.370,79	116.049,92	151.420,71
DIRETOR ADM UNID SAUDE PORTE 1 Total	1	13.648,33	-	3.550,83	10.097,50	13.648,33
ENFERMEIRO Total	67	164.729,56	136.353,12	88.038,25	213.044,43	301.082,68
EXEC DE SERV AUXILIARES I Total	1	622,00	804,75	527,52	899,23	1.426,75
EXECUTOR ADMINISTRATIVO Total	1	1.183,84	3.322,24	758,42	3.747,66	4.506,08
FARMACEUTICO Total	8	15.000,00	20.387,59	11.055,43	24.332,16	35.387,59
FARMACEUTICO-BIOQUIMICO Total	13	32.500,00	26.009,59	16.883,77	41.625,82	58.509,59
FISIOTERAPEUTA Total	9	22.500,00	15.707,98	11.440,88	26.767,10	38.207,98
FONOAUDIOLOGO Total	1	2.500,00	1.545,30	939,51	3.105,79	4.045,30
GESTOR DE FINANCAS E CONTROLE Total	1	5.578,01	7.360,70	3.949,84	8.988,87	12.938,71
GRAT. REPRESENTACAO Total	87	47.156,64	-	4.093,88	43.062,76	47.156,64
MAQUEIRO Total	1	507,90	600,45	458,41	649,94	1.108,35
MEDICO Total	325	788.258,65	993.150,60	429.074,70	1.352.334,55	1.781.409,25
NUTRICIONISTA Total	8	15.000,00	10.895,01	6.196,31	19.698,70	25.895,01
PSICOLOGO Total	9	22.500,00	25.514,15	14.251,05	33.763,10	48.014,15
SUPERVISOR A Total	3	5.488,02	-	1.490,85	3.997,17	5.488,02
SUPERVISOR B Total	3	10.357,94	-	2.325,17	8.032,77	10.357,94
TECNICO EM ENFERMAGEM Total	257	418.873,44	344.249,74	216.519,30	546.603,88	763.123,18
TECNICO EM HIGIENE DENTAL Total	4	6.526,40	6.082,40	3.766,11	8.842,69	12.608,80
TECNICO EM IMOBILIZACAO ORTOPEDIC Total	7	11.421,20	14.588,82	5.231,17	20.778,85	26.010,02
TECNICO EM LABORATORIO Total	24	39.158,40	29.116,64	22.637,84	45.637,20	68.275,04
TECNICO EM NECROPSIA Total	1	1.631,60	1.178,46	1.318,12	1.491,94	2.810,06
TECNICO EM RADIOLOGIA Total	37	60.369,20	44.918,87	31.648,97	73.639,10	105.288,07
Total geral	1701	2.585.419,30	2.670.725,84	1.359.748,57	3.896.396,57	[illegible]

Instituto GERIR Fls. 1728

S. E. S.
Fls: 1701
6

TCE 1713

DIÁRIO OFICIAL

ESTADO DA PARAÍBA

Nº 15.218 João Pessoa - Quarta-feira, 24 de Abril de 2013. Preço: R$ 2,0

ATOS DO PODER EXECUTIVO

Ato Governamental nº 6.463

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e de acordo com artigo 33, inciso I, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003,

R E S O L V E exonerar MARIA DE LOURDES DE SOUZA MORETTO matrícula nº 84.842-5, do cargo em comissão de Diretor da EEEF ISABEL MARIA DAS NEVES, Símbolo CDE-9, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.464

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no art. 9º, inciso II, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003; na Lei nº 8.186, de 16 de março de 2007, no Decreto nº 28.091, de 30 de março de 2007, e na Lei nº 9.332, de 25 de janeiro de 2011,

R E S O L V E nomear VALDELITE AZEVEDO BRASILINO, para ocupar o cargo de provimento em comissão de EEEF ISABEL MARIA DAS NEVES, no Município de João Pessoa, Símbolo CDE-9, da Secretaria de Estado da Educação

Ato Governamental nº 6.465

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e de acordo com artigo 33, inciso I, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003,

R E S O L V E exonerar ALDENICE RODRIGUES RAMALHO, matrícula nº 81.645-1, do cargo em comissão de Diretor da EEEF MILTON CAMPOS, Símbolo CDE-11, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.466

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no art. 9º, inciso II, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003; na Lei nº 8.186, de 16 de março de 2007, no Decreto nº 28.091, de 30 de março de 2007, e na Lei nº 9.332, de 25 de janeiro de 2011,

R E S O L V E nomear MARIA ROSANE FAUSTO DE OLIVEIRA, para ocupar o cargo de provimento em comissão de Diretor da EEEF MILTON CAMPOS, no Município de João Pessoa, Símbolo CDE-11, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.467

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e de acordo com artigo 33, inciso I, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003,

R E S O L V E exonerar OLÍVANIA MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA, matrícula nº 173.465-2, do cargo em comissão de Diretor da EEEIEF MATIAS FREIRE, Símbolo CDE-9, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.468

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no art. 9º, inciso II, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003; na Lei nº 8.186, de 16 de março de 2007, no Decreto nº 28.091, de 30 de março de 2007, na Lei nº 8.716, de 05 de dezembro de 2008, na Lei nº 8.790, de 05 de maio de 2009 e na Lei nº 9.332, de 25 de janeiro de 2011,

R E S O L V E nomear LUCELIA DE OLIVEIRA SANTOS, para ocupar o cargo de provimento em comissão de Diretor da EEEIEF MATIAS FREIRE, na Município de Baia da Traição, Símbolo CDE-9, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.469

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e de acordo com artigo 33, inciso I, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003,

R E S O L V E exonerar MARIA DA SILVA BEZERRA, matrícula nº 174.052-1, do cargo em comissão de Secretário da EEEIEF MATIAS FREIRE, Símbolo SDE-9, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.470

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no art. 9º, inciso II, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003; na Lei nº 8.186, de 16 de março de 2007, no Decreto nº 28.091, de 30 de março de 2007, e na Lei nº 9.332, de 25 de janeiro de 2011,

R E S O L V E nomear EDUARDO BEZERRA DOS SANTOS, para ocupar o cargo de provimento em comissão de Secretário da EEEIEF MATIAS FREIRE, no Município de Baia da Traição, Símbolo SDE-9, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.471

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e de acordo com artigo 33, inciso II, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003,

R E S O L V E exonerar, a pedido, DANIELLE GERUSA OLIVEIRA DE SOUSA matrícula nº 174.032-6, do cargo em comissão de Secretário da EEEFM PROFª ADALBERTO DE SOUSA OLIVEIRA, Símbolo SDE-10, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.472

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no art. 9º, inciso II, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003; na Lei nº 8.186, de 16 de março de 2003, na Decreto nº 28.091, de 30 de março de 2007, e na Lei nº 9.332, de 25 de janeiro de 2011,

R E S O L V E nomear MILENA OLIVEIRA DA SILVA, para ocupar o cargo de provimento em comissão de Secretário da EEEFM PROFª ADALBERTO DE SOUSA OLIVEIRA, no Município de Cachoeira dos Índios, Símbolo SDE-10, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.473

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e de acordo com artigo 33, inciso I, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003,

R E S O L V E exonerar LIDIANA KARINE MELO BRAZ DE MACEDO, matrícula nº 156.656-3, do cargo em comissão de Secretário da EEEFM MARGARIDA REMÍGIO LOUREIRO, Símbolo SDE-13, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.474

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no art. 9º, inciso II, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003; na Lei nº 8.186, de 16 de março de 2007, no Decreto nº 28.091, de 30 de março de 2007, e na Lei nº 9.332, de 25 de janeiro de 2011,

R E S O L V E nomear ANA MARIA PAULO RUFINO, para ocupar o cargo de provimento em comissão de Secretário da EEEFM MARGARIDA REMÍGIO LOUREIRO, no Município de Emas, Símbolo SDE-13, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.475

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e de acordo com artigo 33, inciso I, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003,

R E S O L V E exonerar ELISABETE ALMEIDA SANTOS DE OLIVEIRA, matrícula nº 171.753-7, do cargo em comissão de Secretário da EEEFM LUIZ GONZAGA BURITY, Símbolo SDE-11, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.476

João Pessoa, 23 de abril de 2013

O GOVERNABOR DO ESTADO DA PARAÍDA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso XX, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no art. 9º, inciso II, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003; na Lei nº 8.186, de 16 de março de 2007, no Decrein nº 28.091, de 30 de março de 2007, e na Lei nº 9.332, de 25 de janeirn de 2011,

R E S O L V E nomear MARIA LUCIA ROSENDO PEREIRA, para ocupar o cargo de provimento em comissão de Secretário da EEEFM LUIZ GONZAGA BURITY, no Município de Ingá, Símbolo SDE-11, da Secretaria de Estado da Educação.

Ato Governamental nº 6.477

João Pessoa, 23 de abril de 2013.

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, incisos XVIII e XX, da Constituição do Estado, com fulcro na Lei Complementar nº 85, publicada no Diário Oficial de 13/08/2010, alterada pela Lei Complementar nº 94,

Instituto GERIR
Fls. 130

S. E. S.
Fls: 1702
Rubrica

TCE 1714

R E S O L V E autorizar a cessão para Prefeitura Municipal de João Pessoa/PB, do servidor EDNAMAI RODRIGUES NOBREGA, matrícula nº 700.037-5, lotado na Companhia de Processamento de Dados da Paraíba - CODATA, pelo prazo de (01) um ano, com ônus para o Órgão de origem, mediante ressarcimento das despesas com salário e encargos sociais pela Prefeitura Municipal de João Pessoa, na forma do art. 90, inciso I, § 1º da Lei Complementar nº 58 de 30 de dezembro de 2003

PORTARIA Nº 324/SEAD.

João Pessoa, 22 de abril de 2013.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 1º do Decreto nº 19.060 de 18 de agosto de 1997, e tendo em vista o que consta no Processo nº 13009023-9,

R E S O L V E autorizar a permanência no Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, do servidor JOSÉ JOSEMAR TOLENTINO, matrícula nº 99.642-4, até ulterior deliberação.

PORTARIA Nº 325/SEAD.

João Pessoa, 22 de abril de 2013.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 1º, do Decreto nº 19.060 de 18 de agosto de 1997, e tendo em vista o que consta no Processo nº 13008334-7,

R E S O L V E autorizar a cessão para a Prefeitura Municipal de Santa Luzia/PB, do servidor RADY DE FIGUEIREDO MORAIS, matrícula nº 124.927-4, lotado na Secretaria de Estado da Saúde, até ulterior deliberação.

PORTARIA Nº 326/SEAD.

João Pessoa, 22 de abril de 2013.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 1º do Decreto nº 19.060 de 18 de agosto de 1997, e tendo em vista o que consta no Processo nº 13009231-2,

R E S O L V E autorizar a cessão para a Prefeitura Municipal de Solânea/PB, da servidora TANIA MARIA VIEIRA DA CUNHA, matrícula nº 163.010-5, lotada na Secretaria de Estado da Saúde, até ulterior deliberação.

PORTARIA Nº 327/SEAD.

João Pessoa, 23 de abril de 2013.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 1º do Decreto nº 19.060 de 18 de agosto de 1997, e tendo em vista o que consta no Processo nº 13006018-5,

R E S O L V E autorizar a cessão do Tenente Coronel QOC JOSÉ RONALDO DINIZ SILVA, matrícula nº 513.452-8, afastado do exercício de suas funções junto a Corporação, para a Prefeitura Municipal de Campina Grande/PB, pelo prazo de (01) um ano.

PORTARIA Nº 328/SEAD.

João Pessoa, 23 de abril de 2013.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, no uso das atribuições que lhe confere o art. 2º, inciso V, do Decreto nº 7.767, de 18 de setembro de 1978, combinado com o art. 33, parágrafo único, da Lei nº 9.454, de 06 de outubro de 2011, e

Considerando a qualificação outorgada ao Instituto de Gestão em Saúde – GERIR, como Organização Social, através do Decreto nº 7.611, de 07 de maio de 2012, no Estado de Goiás;

Considerando, ainda, a comunicação feita pela instituição à Secretaria de Estado da Administração demonstrando a sua regularidade e a devida qualificação, nos termos da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998;

Considerando, finalmente, o Parecer Jurídico desta Secretaria de Estado,

R E S O L V E confirmar, no âmbito do Estado da Paraíba, o Instituto de Gestão em Saúde - GERIR, inscrito no CNPJ/MF nº 14.963.977/0001-19, como Organização Social, para atuação na área de saúde.

PORTARIA Nº 329/SEAD.

João Pessoa, 23 de abril de 2013.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, no uso das atribuições que lhe confere o art. 2º, inciso V, do Decreto nº 7.767, de 18 de setembro de 1978, combinado com o art. 33, parágrafo único, da Lei nº 9.454, de 06 de outubro de 2011, e

Considerando a qualificação outorgada ao Instituto Sócrates Guanaes - ISG, como Organização Social nos Estados de Rio de Janeiro através da Resolução Conj. SEFLAG/SES Nº 232, de 26/12/2012 e Bahia através do Decreto Simples de 24/03/2004,

Considerando, ainda, a comunicação feita pela instituição à Secretaria de Estado da Administração demonstrando a sua regularidade e a devida qualificação, nos termos da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998;

Considerando, finalmente, o Parecer Jurídico desta Secretaria de Estado,

R E S O L V E confirmar, no âmbito do Estado da Paraíba, o Instituto Sócrates Guanaes - ISG, inscrito no CNPJ/MF nº 03.969.808/0001-70, como Organização Social, para atuação na área de saúde.

LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS
Secretária de Estado da Administração

RESENHA Nº 005 /2813

EXPEDIENTE DO DIA: 11 / 04 /2013

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 4º, do Decreto nº 14.167 de 12 de dezembro de 1979, I N D E F E R I U os processos abaixo relacionados.

PROCESSO	MATRÍCULA	SERVIDOR	LOTAÇÃO
13008134-2	82.337-4	VARGINHA MACEDO DE SOUZA ELIAS	Secretaria de Estado da Educação
13009230-4	143.116-1	EDNICE NOELES CAVALCANTE NUNES	Secretaria de Estado da Educação
13009231-2	147.367-2	JOSEFA RODRIGUES DA SILVA	Secretaria de Estado da Educação
13009236-3	157.456-1	VILMA GOMES DE LACERDA SOUSA	Secretaria de Estado da Educação
13009237-1	157.456-A	MARCOS FABIANO OLIVEIRA MAGALHÃES	Secretaria de Estado da Educação
13009238-0	149.060-3	FRANCISCO VIEIRA DA SILVA	Secretaria de Estado da Educação

LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS
Secretária de Estado da Administração

RESENHA Nº 067 /2013

EXPEDIENTE DO DIA: 18 / 04 /2013

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 4º do Decreto nº14.167 de 12 de novembro de 1991, DESPACHOU os Processos abaixo relacionados RETORNANDO AO ÓRGÃO DE LOTAÇÃO os seguintes servidores.

PROCESSO	MATRÍCULA	NOME	ÓRGÃO DE RETORNO
13009698-6	84.999-0	ROSA MARIA DE ALMEIDA	Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão
13009699-4	96.897-4	SILVANA ROSA BRANDÃO DA SILVA	Secretaria de Estado da Administração
13009700-1	77.712-0	ANA RISELDA FERREIRA DE OLIVEIRA	Secretaria de Estado da Educação
13009768-0	124.710-1	MARIA DE GUADALUPE CORREIA SOARES	Secretaria de Estado da Educação
13009769-8	98.260-7	MARIA CRISTINA BARBOSA LEITE	Secretaria de Estado da Administração Penitenciária
13009783-3	84.342-4	ELIAS AFFONSO NETO	Empresa Paraibana de Abastecimento e Serviços Agrícolas - EMPASA

LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS
Secretária de Estado da Administração

RESENHA Nº 068 /2013

EXPEDIENTE DO DIA: 19 / 04 /2013

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 4º do Decreto nº 14.167 de 12 de novembro de 1991, e de acordo com o artigo 3º, inciso II, da Lei Complementar nº 58 de 30 de dezembro de 2003, DEFERIU os seguintes pedidos de cessão dos servidores para serem colocados À DISPOSIÇÃO:

PROCESSO	MATRÍCULA	SERVIDOR	LOTAÇÃO	INSTITUIÇÃO DO ÓRGÃO
13009678-0	99.911-9	MARCELINO SANTANA DE ALCANTARA	SEAD	Secretaria de Estado da Administração - Conselho Comunitário Pró-Paraíba Integrado
13009679-8	87.775-7	NETA DE CASSIA MOREIRA DE MEDEIROS	SEE	PB-Comunidade

LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS
Secretária de Estado da Administração

RESENHA Nº 069 /2013

EXPEDIENTE DO DIA: 19 / 04 /2013

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 4º do Decreto nº 14.167 de 12 de novembro de 1991, e de acordo com o artigo 3º, inciso II, da Lei Complementar nº 58 de 30 de dezembro de 2003, D E F E R I U os seguintes pedidos de cessão dos servidores para serem colocados À DISPOSIÇÃO:

PROCESSO	MATRÍCULA	SERVIDOR	LOTAÇÃO	INSTITUIÇÃO DO ÓRGÃO
13009682-7	160.211-1	JOSÉ ULIANE DA CUNHA e SILVA	SEE	Companhia de Água e Esgoto da Paraíba - CAGEPA
13009683-5	86.154-1	WALDIMIR LEITE DE FARIAS FILHO	PBS	Companhia de Água e Esgoto da Paraíba - CAGEPA
13009776-1	160.543-5	JOSEFINA MARIA FERREIRA DE SOUZA	SEE	Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS
Secretária de Estado da Administração

RESENHA Nº 070 /2013

EXPEDIENTE DO DIA: 19 / 04 /2013

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 4º do Decreto nº 14.167 de 12 de novembro de 1991, e de acordo com o artigo 3º, inciso II, da Lei Complementar nº 58 de 30 de dezembro de 2003, DEFERIU os pedidos de PERMANÊNCIA À DISPOSIÇÃO, dos seguintes servidores:

PROCESSO	MATRÍCULA	SERVIDOR	LOTAÇÃO	INSTITUIÇÃO DO ÓRGÃO
13007349-0	81.138-1	ANTONIO CARLOS NEVES DA SILVA	SEE	Instituto de Metrologia e Qualidade Industrial da Paraíba - INEQ
13007354-6	170.985-1	ANTONIO DE FARIA MARIZ TINOTEO	SEE	Instituto de Metrologia e Qualidade Industrial da Paraíba - INEQ
13007356-2	96.194-3	MARIA DIAS GOMES DE SOUSA	SEE	Instituto de Metrologia e Qualidade Industrial da Paraíba - INEQ
13007360-0	77.830-6	MARIA LUTMETE DA SILVA FRANCA	SEE	Instituto de Metrologia e Qualidade Industrial da Paraíba - INEQ
13007364-8	134.558-4	ENILCIDE DE OLIVEIRA DINIZ	SEE	Instituto de Metrologia e Qualidade Industrial da Paraíba - INEQ
13007365-6	166.292-4	ROGERIO JORGE MARINHO DE MENEZES	SEE	Instituto de Metrologia e Qualidade Industrial da Paraíba - INEQ
13007366-4	94.999-0	EDGARD DE FÁTIMA FERREIRA CAVALCANTI	SEE	Instituto de Metrologia e Qualidade Industrial da Paraíba - INEQ
13007367-2	81.137-3	WANDILMO DE MEDEIROS NETO	SEE	Instituto de Metrologia e Qualidade Industrial da Paraíba - INEQ

LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS
Secretária de Estado da Administração

RESENHA Nº 071 /2013

EXPEDIENTE DO DIA: 19 / 04 /2013.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, USANDO DAS ATRIBUIÇÕES QUE LHE SÃO CONFERIDAS PELO ART. 4º DO DECRETO Nº 14.167 DE 12 DE NOVEMBRO DE 1991, E DE ACORDO COM O ARTIGO 34, INCISO II, DA LEI COMPLEMENTAR Nº 58 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2003, D E F E R I U O PEDIDO DE PERMANÊNCIA À DISPOSIÇÃO, DA SEGUINTE SERVIDORA:

PROCESSO	MATRÍCULA	SERVIDOR	LOTAÇÃO	INSTITUIÇÃO DO ÓRGÃO
13007350-8	000.241-5	TEREZA CRISTINA T. DE BRITO	SEE/PB	Governo do Estado da Paraíba

LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS
Secretária de Estado da Administração

RESENHA Nº 072 /2013

EXPEDIENTE DO DIA: 19 / 04 /2013.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, usando das atribuições que lhe confere o art. 6º, inciso XIV, do Decreto nº 26.817, de 02 de fevereiro de 2006, resolve transferir a lotação da servidora abaixo relacionada:

PROCESSO	NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO ATUAL	LOTAÇÃO NOVA
13007376-0	CARMEN LÚCIA HORTIANO DE ALBUQUERQUE	159.345	SEE	Secretaria de Estado de Turismo e de Desenvolvimento Econômico

LIVÂNIA MARIA DA SILVA FARIAS
Secretária de Estado de Administração

Instituto GERIR
Fls.: 131

S. E. S. Fls: 1703

TCE 1715

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, Inscrita no CNPJ 08.778.268/0001-60, com sede na Avenida D. Pedro II, Nº 1826, Torre, João Pessoa/PB **CERTIFICA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0064/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na Maternidade Dr. Peregrino Filho de Patos, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é uma maternidade de alto risco que opera com capacidade operacional de 80 leitos gerais, sendo destes 06 leitos de UTI Neonatal, 06 leitos de UTI Materna e 06 Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários. Possui ainda Banco de Leite Materno, Alojamento Conjunto e Unidade Mãe Canguru e foi Certificada na Rede Cegonha na Gestão do Instituto GERIR. A Maternidade tem ainda a Certificação de Hospital Amigo da Criança.

Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias de urgência e eletivas ginecológicas e obstétricas.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Hospitalar Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde na Maternidade de Patos. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2013.

Waldson Dias de Souza
Secretário Estadual de Saúde da Paraíba

Instituto GERIR
Fls. 132

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO
"HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA"

MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO

Fls. 1704
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1716

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

CERTIFICAMOS para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0064/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na Maternidade Dr. Peregrino Filho de Patos, Paraíba, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é uma maternidade de alto risco que opera com capacidade operacional de 80 leitos gerais, sendo destes 06 leitos de UTI Neonatal, 06 leitos de UTI Materna e 06 Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários. Possui ainda Banco de Leite Materno, Alojamento Conjunto e Unidade Mãe Canguru e foi Certificada na Rede Cegonha na Gestão do Instituto GERIR. A Maternidade tem ainda a Certificação de Hospital Amigo da Criança.

Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias de urgência e eletivas ginecológicas e obstétricas.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Hospitalar Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde na Maternidade de Patos. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

ALDO XAVIER - 2º OFÍCIO DE PROTESTOS - 3º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS
Reconheço por semelhança a(s) Firma(s) de:
PAULO SERGIO FRANCA DE ATHAYDE
conforme autógrafo arquivado neste Ofício.
Patos, 06/12/2013. Em Testemunho da Verdade.
Djalma de Souza Santos
3º OFÍCIO FONE: (83) 3421-3438 FAX: (83) 3421-8630

Patos, 05 de dezembro de 2013

ALDO XAVIER

Dr. Paulo Sérgio Franca de Athayde
Diretor Geral

Dr. Paulo Sergio Franca de Athayde
Diretor Geral

Instituto GERIR
Fls. 133

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

S. E. S. Fls: 1705 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

CONTRATO DE GESTÃO Nº 0064 /2013

TCE 1717

15.270/2 14 06 27 2013

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DA PARAÍBA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE, E O **INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR,** QUALIFICADO (A) COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE,** PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NA MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO.

Pelo presente instrumento, de um lado, o **ESTADO DA PARAÍBA,** por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Avenida Dom Pedro II, nº 1826, nesta cidade, neste ato, representado por seu Secretário, Sr. **WALDSON DIAS DE SOUZA**, brasileiro, cirurgião dentista, casado, portador da Cédula de Identidade nº 5396195 – SSP-PE e do CPF nº. 028.578.024-71, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR,** associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 14.963.977/0001-19, com endereço à Rua 89, Qd. F29, Lt. 58 s/n, CEP 74.093-140, Setor Sul, Goiania - GO, neste ato representada por **EDUARDO RECHE DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, empresário, na qualidade de diretor presidente, portador da Cédula de Identidade nº. 84.853-CREA/MG, CPF/MF nº 273.192.168-41, residente e domiciliado na Avenida E, nº. 1000, Ap. 603, Bl. A, Setor Jardim Goiás, CEP 74.810-030, Goiânia/GO, e confirmar, no âmbito do Estado da Paraíba, por força do o Art. 33, Parágrafo único, da Lei Estadual nº 9.454/11, RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** mediante as seguintes cláusulas e condições,

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1- O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA,** das atividades e serviços de saúde no(a) **MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO,** em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.
2- O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.
3- Fazem parte integrante deste **CONTRATO:**
   a) Anexo Técnico A - Descrição de Serviços;
   b) Anexo Técnico B - Sistema de Pagamento e Indicadores de Qualidade
   c) Anexo Técnico C - Termo de Permissão de Uso;
   d) Anexo Técnico D – Termo de Vistoria.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA,** além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico A - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato;
2- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471 3 C.Tab
AUTENTICAÇÃO 01891317271252026009128
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira ESCREVENTE
11/12/2013

REG. CIVIL E TAB. DE NOTAS - GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR Fls. 134

saúde cujo uso lhe fora permitido;

3- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência;

4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

4.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art., 14 da Lei n° 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);

5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

6.1- A permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na legislação pertinente;

6.2- Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

7- Transferir integralmente à **CONTRATANTE,** em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde na Maternidade Dr. Peregrino Filho, cujo uso lhe fora permitido;

8- Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto na Lei Estadual n° 9.454/2011;

9- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste **Contrato de Gestão Emergencial,** responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

10- Encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste **Contrato de Gestão Emergencial**;

11- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;

12 - Em se tratando de serviço de hospitalização, informar, sempre que solicitado, à **CONTRATANTE,** o número de vagas disponíveis, bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o nome dos profissionais de plantão e respecitivas especialidades;

13- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

14- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

ilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de ção, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente lo Comitê de Ética em Pesquisa Consentido, quando deverá haver expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, mação de responsabilidade pelo tratamento a quer será submetido;

pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário;

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01901311271252020000127
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2019
REG. CIVIL E TAB. DE NOTAS GOIÂNIA - GO
Instituto GERIR
Fls. 135

S. E. S.
Fls: 1167
DE LICITAÇÃO

mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
17- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
18- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
19- Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
20- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
21- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
22- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
23- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
24- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:
- Comissão de Revisão de Prontuários e Óbitos;
- Comissão de Prontuários, Revisão de Prontuários, Documentação e Estatística;
- Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- Comissões de Ética Médica;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão Ética de Enfermagem (COFEN 172/1994);
- Comissão de Epidemiologia (Portaria nº 2.254/2010).
25- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, caso solicitado, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
1- Nome do paciente;
2- Nome da Unidade de atendimento;
3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município ,estado);
4- Motivo do atendimento (CID-10);
5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação);
6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

25.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

26 - Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 26 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;
27 - Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, com direito a alojamento e alimentação.
28 - Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades;
[illegible]ção e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos [illegible]egados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os [illegible]praticados na rede privada de saúde, observando-se a média [illegible]pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026009126
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 436

S. E. S. 1708 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde; remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado;

30 - No prazo de até 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão publicar no Diário Oficial do Estado, os regulamentos próprios quanto à contratação de pessoal e de fornecimento de bens e/ou serviços, aprovado pelo Conselho de Administração, bem como, o limite de remuneração a ser paga;

31 - Cumprir integralmente o disposto na Lei Estadual nº 9.454/11, bem como às legislações posteriores que venha a sucedê-la;

32 - Publicar anualmente, no Diário Oficial do Estado, demonstrações financeiras, elaboradas em conformidade com os princípios fundamentais de contabilidade e do relatório de execução do contrato de gestão;

33 - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados;

34 - Utilizar sistema de informática que permita a gestão clínica, administrativa e financeira, com acesso a servidores predeterminados da SES que permitam exclusivamente consultas e geração de relatórios, que obrigatoriamente terá que ter integração com sistema utilizado e que venha a ser utilizado pela SES;

35 - Aderir ao Selo de Iniciativa do Hospital Amigo da Criança.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

1- Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato;

2- Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico B -Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;

3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a celebração dos correspondentes termos de permissão de uso e sempre que urna nova aquisição lhe for comunicada pela **CONTRATADA;**

4- Administrar, com responsabilidade, os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto no Inventário a ser firmado pelas partes contratantes em até 08 (oito) dias contados da assinatura do presente contrato, até sua restituição ao Poder Público;

4.1 A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei Estadual nº 9.454/11, devendo ser realizada no ato da assinatura deste Instrumento.

4.2 O Inventário especificará os bens, ficando a CONTRATADA responsável pela sua guarda e manutenção.

4.3 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade de retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.

4.4 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

5- Promover, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos [illegible] exercício na Organização Social de Saúde, caso isto seja solicitado por

[illegible] sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e os [illegible] prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação;

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471 AUTENTICAÇÃO 019913112712526026009125 https://extrajudicial.tjgo.jus.br Confere com o original Wendel de Melo Vieira ESCREVENTE 11/12/2013

REGISTRO CIVIL E TABELIONATO 3°C. GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR Fls. 137

S. E. S. Fls. 1709
3º Ofício Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01981312:1252026008124
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
3º C. TAB. NOTAS GOIÂNIA - GO CARTÓRIO REG.

entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda di de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;

7- Recolher no ato do pagamento, o percentual de 1,5% (um vírgula cinco por ce do valor total da fatura, para implementação e operacionalização do Fundo Esta de Apoio ao Empreendedorismo – Fundo Empreender/PB, conforme disposto na L 9.335/2011, alterada pela Medida Provisória nº 171/2011, e no Decreto nº 32.086 08 de abril de 2011.

CLÁUSULA QUARTA – DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto na Lei Estadual nº 9.454/2011, procederá à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA,** restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da **CONTRATANTE** e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório trimestral conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da **CONTRATADA.**

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA: DO ACOMPANHAMENTO

A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA: DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente **Contrato de Gestão Emergencial** será de 180 (cento e oitenta) dias, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes, com fulcro no Art. 57, II, da Lei de Licitações

CLÁUSULA SÉTIMA: DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste **Contrato de Gestão Emergencial,** especificados no ANEXO TÉCNICO A - Descrição de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA,** no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico B- Sistema de Pagamento, a importância mensal de **R$ 2.306.000,00 (dois milhões, trezentos e seis mil reais), perfazendo o valor global de R$ 13.836.000,00 (treze milhões, oitocentos e trinta e seis mil reais).**

PARÁGRAFO PRIMEIRO

3º C. TAB. NOTAS GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 138

S. E. S. 1110 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

2.306.000,00 (dois milhões, trezentos e seis mil reais), perfazendo o valor global de R$ 13.836.000,00 (treze milhões, oitocentos e trinta e seis mil reais).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A despesa com a contratação correrá à conta do orçamento da SES, sendo o ordenador de despesa o Secretário de Estado da Saúde, na forma da disponibilidade orçamentária abaixo para o atual exercício financeiro:

CODIGO	FONTE
25.101.10.302.5154.4061.339039	010 – TESOURO DO ESTADO

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471 AUTENTICAÇÃO 0189131127125202600081 23 https://extrajudicial.tjgo.jus.br Confere com o original Wendel de Melo Vieira - ESCREVENTE 11/12/2014

3°C. TAB. NOTAS GOIÂNIA - GO REG. CARTÓRIO

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público ou outras receitas legalmente adquiridas pela administração da Organização.

PARÁGRAFO QUARTO

A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o hospital público sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **OSS CONTRATADA.** Os respectivos extratos de movimentação bancária deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA OITAVA: CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O primeiro repasse deverá ser executado em até 10 dias da assinatura do presente Contrato de Gestão e os demais repasses deverão ser efetuados a cada 30 dias a contar da data da assinatura deste contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO - A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(31) de cada mês.

CLÁUSULA NONA- DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 ao 80 da Lei Federal n° 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Instituto GERIR Fls. 139

S. E. S. Fls: 1711

CONTRATADA, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2° do artigo 79 da Lei federal n° 8.666/93.

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
C.TAB (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01901311271252026008122
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2023
3°C. TAB NOTAS GOIÂNIA - GO CARTÓRIO

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE,** que não decorra de gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA,** o Estado arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA,** a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA: DAS PENALIDADES

A inobservância, pela **CONTRATADA,** de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei federal n° 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2° do artigo 7° da Portaria n° 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

a) Advertência;
b) Multa, no valor de 5% (cinco por cento) sobre o valor mensal de transferência de recursos orçamentários, estipulada pela **CONTRATANTE**, dependendo da gravidade da infração, a ser cobrada nos termos da legislação estadual;
c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA.**

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades, a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado á **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da

Instituto GERIR
Fls. 140

S.E.S. Fls: 1712 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

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

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA: DISPOSIÇÕES FINAIS

1- É vedada a cobrança direta ou indireta ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei n° 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA.**

3- Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de re-ratificação ao presente contrato.

4- **A CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

O CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo de até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA DO FORO

Fica eleito o Foro da cidade de João Pessoa-PB, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

João Pessoa, 10 de JUNHO de 2013.

WALDSON DIAS DE SOUZA
Secretário de Estado da Saúde
Contratante

EDUARDO RECHE DE SOUZA
Diretor Presidente
Instituto de Gestão em Saúde - GERIR
Contratada

TESTEMUNHAS:

1 - Thiago Romolo Nonzzio
CPF 046.392.869-62

2 - Gisalda Gomes Nogueira
160.716.034-04

3º Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
0199131127125202600912
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
TAB. DE NOTAS GOIÂNIA

Instituto GERIR
Fls. 141

43	UNID	Bureta graduada de vidro, 10ml - formato de teflon, classe 1/10, marcação permanente	80	Unidade	23,75	1.900,00
44	UNID	Bureta graduada de vidro, 25ml - formato de teflon, classe 1/10, marcação permanente	80	Unidade	23,75	1.900,00
45	UNID	Bureta graduada de vidro, 50ml - formato de teflon, classe 1/10, marcação permanente	80	Unidade	27,49	2.199,20
63	UNID	Funil colo longo, com estrangulamento 5cm vidro borosilicato, conforme ISO 1773	50	Unidade	9,98	499,00
64	UNID	Funil colo curto sem estrangulamento 5cm vidro borosilicato, conforme ISO 1773	50	Unidade	2,00	100,00
66	UNID	Cabine de quartz para espectro ultravioleta com caminho ótico 1cm	10	Global	45,00	450,00

TOTAL R$ 47.442,50 (Quarenta e sete mil, quatrocentos e quarenta e dois reais e cinquenta centavos)

EMPRESA VENCEDORA: URQ LABOR COMERCIO LTDA.
CNPJ: 05.782.548/0001-54

ITEM	UNID	ESPECIFICAÇÃO	QDE	MARCA/MODELO	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO GLOBAL
11	UNID	Balão volumétrico classe A, 500ml Cumpre com a norma IS 3 1042 e DIN 12664. Conformidade com certificado "H". Gradeado e branco. Rolha polietileno	60	Unitek	14,00	1.222,00
45	UNID	Funil de Buchner 50cm, com placa porosa sinterizada	20	Unitek	94,50	1.890,00

TOTAL R$ 3.210,00 (Três mil duzentos e dez reais)

IMPORTA A PRESENTE LICITACÃO O VALOR TOTAL DE R$ 51.808,37 (Cinquenta e um mil, oitocentos reais e trinta e sete centavos).

Campina Grande, 19 de junho de 2013
Prof. ANTONIO GUEDES RANGEL JUNIOR
Reitor da UEPB

LADMASTER Comércio de Produtos Cientificos Ltda. - CNPJ: 01.974.431/0001-11
QUALIVIDROS DISTRIBUIDORA LTDA - EPP - CNPJ: 06.003.551/0001-95
CARVALHAES PRODUTOS PARA LABORATÓRIO LTDA - CNPJ: 01.530.581/0001-42
URQ LABOR COMERCIO LTDA. - NPJ: 05.782.548/0001-54
HOLD SCIENTIFIC COMERCIO E SERVICOS DE MATERIAL PARA LABORATÓRIO LTDA. - CNPJ: 10.762.666/0001-96

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO.Nº 028/2013
PARA REGITRO DE PREÇOS
REGISTRO NA CGE Nº 13/81801-5

DATA : 11/07/2013
HORÁRIO: 09:00 horas
(Horário de Brasília)
A COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, comunica aos interessados que realizará licitação na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO, PARA REGISTRO DE PREÇOS, no dia 11 de julho de 2013, a partir das 09:00 horas, para AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO, PARA OS LABORATÓRIOS DE QUIMICA - CAMPUS I DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB, CONFORME ESPECIFICAÇÃO CONSTANTE NO ANEXO I DO EDITAL.
O edital completo está disponível nos site www.licitacoes-e.com.br
Informações: C. P. L. - XXX (83) 3315-3348 ou 3315-3412.

Campina Grande, 26 de junho de 2013
Alberta Jarge O. Simões
Pregoeira

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍDA

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 013/2013
PARA REGITRO DE PREÇOS
REGISTRO NA CGE Nº 13/08516-3
ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 025/2013

Com base nas Leis nº 8.666/93 e nº 10.520/2002, Decreto Estadual nº 24.649/03, considerando, a regularidade de todos os documentos que compõem o processo licitatório da modalidade PREGÃO ELETRÔNICO que tem por objeto AQUISIÇÃO DE MATERIAL CONSUMO, PARA OS LABORATÓRIOS DE QUÍMICA DO CAMPUS I, UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA – UEPB, HOMOLOGO todo o procedimento realizado, que decidiu pela classificação de menor preço por lote, as empresas abaixo citadas:
LADMASTER Comércio de Produtos Cientificos Ltda - CNPJ: 01.974.431/0001-11 – Vencedora dos Lotes: 01, 12, 13, 14, 15, 18, 28, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62 e 65, no valor total de R$ 12.433,20 (Doze mil, quatrocentos e trinta e três reais e vinte centavos).
QUALIVIDROS DISTRIBUIDORA LTDA - EPP – CNPJ: 06.003.551/0001-95 - Vencedora dos Lotes: 02, 03, 09, 10, 11, 12, 15, 17, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 34, 36, e 38, no valor total de R$: 1.748,27 (Um mil, quatrocentos e quarenta reais e vinte e sete centavos).
CARVALHAES PRODUTOS PARA LABORATÓRIO LTDA - CNPJ: 01.530.581/0001-42 – Vencedora das Lotes: 04, 85,06, 16, 17, 19, 46, 50, 51, 52, 53 e 54, no valor total de R$ 16.974,40 (Dezesseis mil, novecentos e setenta e quatro reais e quarenta centavos).
HOLD SCIENTIFIC COMERCIO E SERVIÇOS DE MATERIAL PARA LABORATÓRIO LTDA - CNPJ: 10.762.666/0001-96 - Vencedora dos Lotes: 07, 08, 09, 10, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 36, 40, 43, 44, 45, 63, 64 e 66, no valor total de R$ 17.442,50 (Dezessete mil, quatrocentos e quarenta e dois reais e cinquenta centavos).
URQ LAROR COMERCIO LTDA - CNPJ: 05.782.548/0001-5 – Vencedora das Lotes: 11 e 45, no valor total de R$ 3.210,00 (Três mil duzentos e dez reais).
IMPORTA A PRESENTE LICITAÇÃO O VALOR TOTAL DE R$ 51.880,37 (Cinquenta e um mil, oitocentos reais e trinta e sete centavos).

Campina Grande, 20 de junho de 2013
Prof. ANTONIO GUEDES RANGEL JUNIOR
Reitor da UEPB

Defensoria Pública do Estado da Paraíba

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA
ORDEM DE COMPRA

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 1484/2013
Nº DA ORDEM DE COMPRA: 051/13
LOCAL: DEFENSORIA PÚBLICA.
OBJETO: AQUISIÇÃO DE VEÍCULO.

FORNECEDOR: CAVALCANTI PRIMO VEICULOS LTDA.
CNPJ: 09.117.069/0001-59

Quant.	Descrição	VALOR
01	Veículo automotor, tipo caminhonete , cabine dupla, com tração 4x4, zero quilômetro de fábrica, carroceria em aço e original de fábrica. Quatro portas basculé e uma campo traseira com abertura vertical para baixo ou lateral.Capacidade mínima de carga total de 900kg. Transmissão manual com 06 (seis) velocidades à frente e uma à ré, com opção de seleção de tração 4x4L com controle interno de mudança da tração. Direção hidráulica ou elétrica original de fábrica. Freio a disco nas rodas dianteiras e freio a disco ou tambor nas rodas traseiras, com sistema de anti-travamento (ABS) com gerenciamento eletrônico) integral nas rodas. Motor a diesel de no mínimo 2.0 cc. Potência de no mínimo 180 (cento e oitenta) cavalos-vapor. Capacidade para transporte de cinco passageiros, incluindo o motorista, sendo os bancos dianteiros individuais.Rodas liga leve e pneu de utilização mista ou inferior de terra, inclusive o pneu estepe com as mesmas características. Vidros e travas elétricos, ar condicionado, zero km, modelo 2013. Garantia de 03 anos ou mais. Emplacamento Sem/ Protetor de caçamba e capota. Fabricação Nacional e Autorizada com Sede em João Pessoa.	R$ 117.000,00
	TOTAL	R$ 117.000,00

João Pessoa, 18 de junho de 2013.
Publicada no Diário Oficial em 19/06/2013.
REPUBLICAR POR INCORREÇÃO.
VANILDO OLIVEIRA BRITO
DEFENSOR PÚBLICO GERAL

EXTRATOS

Secretaria de Estado da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01311-4
Nº do Contrato 0864/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
Objeto TEM POR OBJETO A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO, PELA CONTRATADA, DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA MATERNIDADE DR.PEREGRINO FILHO, EM CONFORMIDADE COM OS ANEXOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM ESTE INSTRUMENTO.
Valor 13.836.000,88
Classificação Funcional-Programática 25.181.10.382.5154.4061.3398.39.010.00
Período da Vigência do Contrato 10/6/2013 A 10/12/2013
Data da Assinatura 10/6/2013
WALDSON DIAS DE SOUZA - SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01312-2
Nº do Contrato 0865/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
Objeto TEM POR OBJETO A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO, PELA CONTRATADA, DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL DISTRITAL DR. ANTÔNIO HILÁRIO GOUVEIA, LOCALIZADO EM TAPEROÁ/PB, EM CONFORMIDADE COM OS ANEXOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM ESTE INSTRUMENTO.
Valor 5.644.991,46
Classificação Funcional-Programática 25.101.10.302.5154.4772.3390.39.018.00
Período da Vigência do Contrato 10/6/2013 A 10/12/2013
Data da Assinatura 10/6/2013
WALDSON DIAS DE SOUZA - SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01313-1
Nº do Contrato 0866/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
Objeto TEM POR OBJETO A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO, PELA CONTRATADA, DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE GUARABIRA/PB, EM CONFORMIDADE COM OS ANEXOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM ESTE INSTRUMENTO.
Valor 3.087.149,52
Classificação Funcional-Programática 25.101.10.302.5154.4832.3390.39.010.00

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471
3 o. ofício
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026009120
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
TAB. DE NOTAS GOIÂNIA GO CART.
TCE 1725
Instituto GERIR
Fls. 142

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

S. E. S. Fls. 1714

TCE 1726

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, Inscrita no CNPJ 08.778.268/0001-60, com sede na Avenida D. Pedro II, Nº 1826, Torre, João Pessoa/PB **CERTIFICA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0065/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Hospital Distrital de Taperoá, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é um hospital geral que opera com capacidade operacional de 60 leitos gerais, sendo Clínica Médica, Clinica Cirúrgica, Clinica Pediátrica, Pronto Atendimento e Ambulatório. Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Hospitalar Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde no Hospital Distrital de Taperoá. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2013.

Waldson Dias de Souza
Secretario Estadual de Saúde da Paraíba

Instituto GERIR
Fls. 143

Av. D. Pedro II, Nº.1826 – Torre – João Pessoa - PB
CEP 58013-000 - Fone: (83) 3218-7307 / 7447-7350

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HGT HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ

TCE 1727

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

CERTIFICAMOS para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0065/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde noHospital Distrital de Taperoá, Paraíba, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é umhospital geral que opera com capacidade operacional de 60 leitos gerais, sendo Clínica Médica, Clinica Cirúrgica, Clinica Pediátrica, Pronto Atendimento e Ambulatório. Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Hospitalar Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde no Hospital Distrital de Taperoá. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

Instituto GERIR
Fls. 144

Taperoá, 05 de dezembro de 2013.

Maria de Fátima Dias de Toledo Coura

Maria de Fátima Dias de Tolêdo Coura
Diretora Geral

Serviço Notarial e Registral de Taperoá
Rua Manoel Dantas Vilar, 96 - Centro
Fone/Fax: (083) 3463-2578
Reconheço por ☐ autenticidade ☒ semelhança a(s) firma Maria de Fátima Dias de Toledo Coura
Taperoá, PB 06 DEZ 2013
Emol: R$ 6,14 FEPJ: R$ 0,61 Fampen: R$ 0,61
Mafalda Araújo Fernandes
Tabeliã
Carlos Roberto T. Filho
ESCREVENTE

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ

Fl. 1727

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

CERTIFICAMOS para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/GERIR, CNPJ nº 14.983.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial Nº 0065/ 2013 estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Hospital Distrital de Taperoá Paraíba, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é um hospital geral que opera com capacidade operacional de 60 leitos gerais, sendo Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Pronto Atendimento e Ambulatório. Possui atendimento de urgência e emergência com utilização da Classificação de Risco de Manchester.

Realiza cirurgias eletivas de pequeno e médio porte

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Hospitalar Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde no Hospital Distrital de Taperoá. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e zelosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

Taperoá, 05 de dezembro de 2013.

Maria de Fátima L... C. Toledo Cor...
Diretora Geral

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

G. E. S.
Fls: 1716
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 0065 /2013

TCE 1728

LS 270213 14 06 22

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL QUE ENTRE SI CELEBRAM A **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE** E **O INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR**, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, QUE VISA ESTABELECER O COMPROMISSO ENTRE AS PARTES PARA A IMPLANTAÇÃO, GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO HOSPITAL DISTRITAL DR. ANTONIO HILÁRIO GOUVEIA, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE TAPEROÁ/PB, PARA OS FINS QUE SE DESTINA.

Pelo presente instrumento, de um lado, o **ESTADO DA PARAÍBA,** por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Avenida Dom Pedro II, nº 1826, nesta cidade, neste ato, representado por seu Secretário, Sr. **WALDSON DIAS DE SOUZA**, brasileiro, cirurgião dentista, casado, portador da Cédula de Identidade nº 5396195 – SSP-PE e do CPF nº. 028.578.024-71, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR,** associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 14.963.977/0001-19, com endereço à Rua 89, Qd. F29, Lt. 58 s/n, CEP 74.093-140, Setor Sul, Goiania - GO, neste ato representada por **EDUARDO RECHE DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, empresário, na qualidade de diretor presidente, portador da Cédula de Identidade nº. 84.853-CREA/MG, CPF/MF nº 273.192.168-41, residente e domiciliado na Avenida E, nº. 1000, Ap. 603, Bl. A, Setor Jardim Goiás, CEP 74.810-030, Goiânia/GO, e confirmar, no âmbito do Estado da Paraíba, por força do o Art. 33, Parágrafo único, da Lei Estadual nº 9.454/11, RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** mediante as seguintes cláusulas e condições,

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1- O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, **pela CONTRATADA,** das atividades e serviços de saúde no(a) **HOSPITAL DISTRITAL DR. ANTÔNIO HILÁRIO GOUVEIA,** localizado em Taperoá-PB, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.
2- O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.
3- Fazem parte integrante deste **CONTRATO:**
   a) Anexo Técnico A - Descrição de Serviços;
   b) Anexo Técnico B - Sistema de Pagamento e Indicadores de Qualidade
   c) Anexo Técnico C - Termo de Permissão de Uso;
   d) Anexo Técnico D – Termo de Vistoria.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
0189131127123202600091600
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013

Instituto GERIR
Fls. 145

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA,** além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

1 - Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico A - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato;

2 - Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido;

3 - Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência;

4 - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

4.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art., 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);

5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

6.1- A permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na legislação pertinente;

6.2- Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

7- Transferir integralmente à **CONTRATANTE,** em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde HOSPITAL DISTRITAL DR. ANTONIO HILÁRIO GOUVEIA, cujo uso lhe fora permitido;

8 - Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto na Lei Estadual nº 9.454/2011;

9 - Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste **Contrato de Gestão Emergencial,** responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

10 - Encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste **Contrato de Gestão Emergencial**;

11 - Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;

se tratando de serviço de hospitalização, informar, sempre que solicitado, à **TANTE,** o número de vagas disponíveis, bem como indicar, em lugar visível do mento hospitalar, o nome dos profissionais de plantão e respectivas especialidades;

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01391311271252026009159
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira - ESCREVENTE
11/12/2013

REG. CIVIL TAB. DE NOTAS GOIÂNIA GO 3º Ofício

Instituto GERIR
Fls. 146

13- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao usuário ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
14 - Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
15 - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o usuário para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Consentido, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do usuário ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a quer será submetido;
16 - Atender os usuários com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
17 - Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
18 - Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
19 - Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao usuário internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
20 - Esclarecer os usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
21 - Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
22 - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;
23 - Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
24 - Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:
- Comissão de Revisão de Prontuários e Óbitos;
- Comissão de Prontuários, Revisão de Prontuários, Documentação e Estatística;
- Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- Comissões de Ética Médica;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão Ética de Enfermagem (COFEN 172/1994);
- Comissão de Epidemiologia (Portaria nº 2.254/2010).

25 - Fornecer ao usuário atendido, por ocasião de sua saída, seja no Am... Socorro ou Unidade Hospitalar, caso solicitado, relatório circunstanciado ... prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem cons... seguintes dados:
1- Nome do usuário;
2- Nome da Unidade de atendimento;
3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município ,estado);
4- Motivo do atendimento (CID-10);
5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação);
6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
Tel.: (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252U026009158
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
CIVIL E TAB. DE NOTAS GO GOIÂNIA

26 - O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".
27-Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 26 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do usuário, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;
28-Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, tempo integral, nas internações, com direito a alojamento e alimentação, se cabível, conforme a legislação pertinente.
29- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer

Instituto GERIR
Fls. 147

natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades;
30-A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado;
31- No prazo de até 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão Emergencial publicar no Diário Oficial do Estado, os regulamentos próprios quanto à contratação de pessoal e de fornecimento de bens e/ou serviços, aprovado pelo Conselho de Administração, bem como, o limite de remuneração a ser paga;
32- Cumprir integralmente o disposto na Lei Estadual nº 9.454/11, bem como às legislações posteriores que venha a sucedê-la;
33-Publicar, em até 30 (trinta) dias do fim do presente Contrato de Gestão Emergencial, no Diário Oficial do Estado, demonstrações financeiras, elaboradas em conformidade com os princípios fundamentais de contabilidade e do relatório de execução do contrato de gestão;
34- Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados;

35- Utilizar o sistema de informática que permita a gestão clínica, administrativa e financeira, com acesso a servidores predeterminados da SES, que permitam exclusivamente consultas e geração de relatórios, que obrigatoriamente terá que ter integração com sistema utilizado e que venha a ser utilizado pela SES.

36 - Prestar contas trimestral, como definido na Lei Estadual nº 9.454/11) assegurar acesso irrestrito aos Órgãos de controle externo e interno do Estado e da União, bem como à Comissão de Avaliação designada pela Secretaria de Estado da Saúde;

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:
1- Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato;
2- Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico B -Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;
3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a celebração dos correspondentes termos de permissão de uso e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela **CONTRATADA;**
4- Administrar, com responsabilidade, os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto no Inventário a ser firmado pelas partes contratantes em até 08 (oito) dias contados da assinatura do presente contrato, até sua restituição ao Poder Público;
4.1 A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei Estadual nº 9.454/11, devendo ser realizada no ato da assinatura deste Instrumento.
4.2 O Inventário especificará os bens, ficando a CONTRATADA responsável pela guarda e manutenção.

Instituto GERIR
Fls.: 148
3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026009157
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2019

4.3 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade de retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.
4.4 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

5- Promover, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, caso isto seja solicitado por esta;

6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;

7- Recolher no ato do pagamento, o percentual de 1,5% (um vírgula cinco por cento) do valor total da fatura, para implementação e operacionalização do Fundo Estadual de Apoio ao Empreendedorismo – Fundo Empreender/PB, conforme disposto na Lei nº 9.335/2011, alterada pela Medida Provisória nº 171/2011, e no Decreto nº 32.086, de 08 de abril de 2011.

CLÁUSULA QUARTA – DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto na Lei Estadual nº 9.454/2011, procederá à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e o retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA,** restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da **CONTRATANTE** e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão referida nesta cláusula deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da **CONTRATADA.**

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da [illegible] entidade como Organização Social de Saúde no âmbito do Estado da Paraíba.

[illegible]UINTA: DO ACOMPANHAMENTO

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026009156
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira - ESCREVENTE
11/12/2013

REG. CIVIL E TAB. DE NOTAS GO GOIÂNIA CAIXA

Instituto GERIR
Fls. 1/49

A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA: DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente **Contrato de Gestão Emergencial** será de 180 (cento e oitenta) dias, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes, com fulcro no Art. 57, II, da Lei de Licitações.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA: DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste **Contrato de Gestão**, especificados no **ANEXO TÉCNICO A** - Descrição de Serviços, a CONTRATANTE repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico B - Sistema de Pagamento, a importância **global anual estimado em R$ 5.644.991,46 (cinco milhões, seiscentos e quarenta e quatro mil, novecentos e noventa e um reais e quarenta e seis centavos), sendo o valor mensal de R$ 940.831,91 (novecentos e quarenta mil, oitocentos e trinta e um reais e noventa e um centavos).**

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A despesa com a contratação correrá à conta do orçamento da SES, sendo o ordenador de despesa o Secretário de Estado da Saúde, na forma da disponibilidade orçamentária abaixo para o atual exercício financeiro:

CODIGO	FONTE
25.101.10.302.5154.4772.339039	010 – TESOURO DO ESTADO

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exc[illegible]vos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.**

PARÁGRAFO TERCEIRO

3º Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311274252026009155
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2014

Instituto GERIR
Fls. 150

provenientes do Poder Público ou outras receitas legalmente adquiridas pela Administração da Organização.

PARÁGRAFO QUARTO

A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o hospital público sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **OSS CONTRATADA.** Os respectivos extratos de movimentação bancária deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA OITAVA: CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O primeiro repasse deverá ser executado em até 10 dias da assinatura do presente Contrato de Gestão Emergencial e os demais repasses deverão ser efetuados a cada 30 dias a contar da data da assinatura deste contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO - A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(31) de cada mês.

CLÁUSULA NONA- DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 ao 80 da Lei Federal n° 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata rescisão do termo de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA,** não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2° do artigo 79 da Lei federal n° 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE,** que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA,** o Estado arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA,** a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

Instituto GERIR Fls. 151

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471 AUTENTICAÇÃO 20139131127125202600013... https://extrajudicial.tjgo.jus.br Confere com o original Wendel de Melo Vieira ESCREVENTE 11/12/2013

43	UNID	Bureta graduada de vidro, 10ml - formato do teflon divisão 1ml, marcação permanente	78	Unidade	23,75	1.852,50
44	UNID	Bureta graduada de vidro, 25ml - formato do teflon divisão 1ml, marcação permanente	80	Unidade	27,75	2.220,00
45	UNID	Bureta graduada de vidro, 50ml - formato do teflon, divisão 1/10 marcação permanente	80	Unidade	37,49	2.999,40
03	UNID	Funil vidro longo com diâmetro haste vidro pyrex/similar, conforme ISO 1773	80	Unidade	9,99	799,20
04	UNID	Funil colo curto com diâmetro haste vidro pyrex/similar, conforme ISO 1773	50	Unidade	2,00	100,00
46	UNID	Suporte de metal para suporte bicromato com garrafa 2 litros	10	Global	45,00	450,00

TOTAL R$ 47.463,56 (Quarenta mil, quatrocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)

EMPRESA VENCEDORA: URQ LABOR COMERCIO LTDA.
CNPJ: 05.782.548/0001-54

ITEM	UNID	ESPECIFICAÇÃO	QDE	MARCA/MODELO	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO GLOBAL
11	UNID	Balão volumétrico classe A, 500ml. Cumpre com a norma ISO 1042 e DIN 12564. Conformidade com a calibração "N". Graduação e branco. Rolha polietileno	80	Uniglas	16,50	1.320,00
48	UNID	Funil de Buchner 300ml com placa porosa sinterizada	20	Uniglas	81,90	1.638,00

TOTAL R$ 2.958,00 (Dois mil novecentos e cinquenta e oito reais)

IMPORTA A PRESENTE LICITAÇÃO O VALOR TOTAL DE R$ 51.800,37 (Cinquenta e um mil, oitocentos reais e trinta e sete centavos).

Campina Grande, 19 de junho de 2013

Prof. ANTONIO GUEDES RANGEL JUNIOR
Reitor da UEPB

LABMASTER Comércio de Produtos Científicos Ltda. - CNPJ: 01.974.431/0001-11
QUALIVIDROS DISTRIBUIDORA LTDA - EPP - CNPJ: 06.003.551/8001-95
CARVALHAES PRODUTOS PARA LABORATÓRIO LTDA - CNPJ: 81.530.581/0881-42
URQ LABOR COMERCIO LTDA. - NPJ: 05.782.548/0001-54
HOLD SCIENTIFIC COMERCIO E SERVIÇOS DE MATERIAL PARA LABORATÓRIO LTDA. - CNPJ: 10.762.666/0001-96

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRONICO Nº 020/2013
PARA REGITRO DE PREÇOS
REGISTRO NA CGE Nº 13/01001-5

DATA : 11/07/2013
HORÁRIO: 09:00 horas
(Horário de Brasília)
A COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, comunica aos interessados que realizará licitação na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO, PARA REGISTRO DE PREÇOS, no dia 11 de julho de 2013, a partir das 09:00 horas, para AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO, PARA OS LABORATÓRIOS DE QUIMICA – CAMPUS I DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB, CONFORME ESPECIFICAÇÃO CONSTANTE NO ANEXO I DO EDITAL.
O edital completo está disponível nos site www.licitacoes-e.com.br
Informações: C. P. L. - XXX (83) 3315-3348 ou 3315-3412.

Campina Grande, 26 de junho de 2013

Alberto Jorge O. Simões
Pregoeiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 013/2013
PARA REGITRO DE PREÇOS
REGISTRO NA CGE Nº 13/08516-3
ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 025/2013

Com base nas Leis nº 8.666/93 e nº 10.520/2002, Decreto Estadual nº 24.649/03, considerando, a regularidade de todos os documentos que compõem o processo licitatório da modalidade PREGÃO ELETRONICO que tem por objeto AQUISIÇÃO DE MATERIAL CONSUMO, PARA OS LABORATÓRIOS DE QUÍMICA DO CAMPUS I, UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB. HOMOLOGO todo o procedimento realizado, que decidiu pela classificação do menor preço por lote, as empresas abaixo citadas:
LABMASTER Comércio de Produtos Científicos Ltda - CNPJ: 01.974.431/0001-11 – Vencedora dos Lotes: 01, 12, 13, 14, 15, 18, 28, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62 e 65, no valor total de R$ 12.433,20 (Doze mil, quatrocentos e trinta e três reais e vinte centavos).
QUALIVIDROS DISTRIBUIDORA LTDA – EPP – CNPJ: 06.083.551/8081-95 - Vencedora dos Lotes: 02, 03, 09, 10, 11, 12, 15, 17, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 34, 36, e 30, no valor total de R$: 1.748,27 (Um mil, quatrocentos e quarenta reais e vinte e sete centavos).
CARVALHAES PRODUTOS PARA LABDRATÓRID LTDA - CNPJ: 01.530.581/0001-42 – Vencedora dos Lotes: 84, 85,06, 16, 17, 19, 46, 58, 51, 52, 53 e 54, no valor total de R$ 16.974,40 (Dezesseis mil, novecentos e setenta e quatro reais e quarenta centavos).
HOLD SCIENTIFIC COMERCIO E SERVIÇOS DE MATERIAL PARA LABORATÓRIO LTDA - CNPJ: 10.762.666/0001-96 - Vencedora dos Lotes: 07, 80, 09, 10, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 36, 40, 43, 44, 45, 63, 64 e 66, no valor total de R$ 17.442,58 (Dezessete mil, quatrocentos e quarenta e dois reais e cinquenta centavos).
ORO LABOR COMERCIO LTDA - CNPJ: 05.782.548/0001-5 – Vrocedora dos Lotes: 11 e 48, no valor total de R$ 3.210,08 (Três mil duzentos e dez reais).
IMPORTA A PRESENTE LICITAÇÃO O VALOR TOTAL DE R$ 51.808,37 (Cinquenta e um mil, oitocentos reais e trinta e sete centavos).

Campina Grande, 20 de junho de 2013

Prof. ANTONIO GUEDES RANGEL JUNIOR
Reitor da UEPB

Defensoria Pública do Estado da Paraíba

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA
ORDEM DE COMPRA

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 1484/2013
Nº DA ORDEM DE COMPRA: 051/13
LOCAL: DEFENSORIA PÚBLICA.
OBJETO: AQUISIÇÃO DE VEÍCULO.

TORNECEDOR: CAVALCANTI PRIMO VEICULOS LTDA.
CNPJ: 09.021.067/0001-56

Quant.	Descrição	VALOR
01	Veículo Automóvel, tipo camionete , cabine dupla, com tração 4x4, zero quilômetro de fábrica, carroceria em aço e original de fábrica Quatro portas laterais e uma tampa traseira com abertura vertical para baixo ou lateral.Capacidade máxima de carga total de 1050 kg Transmissão manual com 06 (seis) velocidades à frente e uma à ré, com opção de seleção de tração 4x4L com controle interno de mudança de tração Direção hidráulica ou elétrica original de fábrica Freio a disco nas rodas dianteiras e freio a tambor nas rodas traseiras, com sistema de anti-travamento (ABS com gerenciamento eletrônico integral das rodas. Motor a diesel de no mínimo 2.0 cc. Potência de no mínimo 180 (cento e oitenta) cavalos-vapor. Capacidade para transporte de cinco passageiros, incluindo o motorista, sendo os bancos dianteiros individuais.Pneus liga leve e para de utilização mista em asfalto de terra, inclusive o pneu estepe com as mesmas características. Vidros e travas elétricos, ar condicionado, zero km, modelo 2013. Garantia de 03 anos ou mais. Emplacamento Sem Proteve de encontro e capota. Fabricação Nacional e Autorizada com Sede em João Pessoa.	R$ 117.000,00
	TOTAL	R$ 117.000,00

João Pessoa, 10 de junho de 2013.

Publicado no Diário Oficial em 19/06/2013.
REPUBLICAR POR INCORREÇÃO.
VANILDO OLIVEIRA BRITO
DEFENSOR PÚBLICO GERAL

EXTRATOS

Secretaria de Estado da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01311-4
Nº do Contrato 0064/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
Objeto TEM POR OBJETO A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO, PELA CONTRATADA, DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA MATERNIDADE DR.PEREGRINO FILHO, EM CONFORMIDADE COM OS ANEXOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM ESTE INSTRUMENTO.
Valor 13.036.088,00
Classificação Funcional-Programática 25.101.10.302.5154.4061.3390.39.010.08
Período da Vigência do Contrato 10/6/2013 A 10/12/2013
Data da Assinatura 10/6/2013
WALDSON DIAS DE SOUZA - SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01312-2
Nº do Contrato 8065/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
Objeto TEM POR OBJETO A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO, PELA CONTRATADA, DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL DISTRITAL DR. ANTÔNIO HILÁRIO GOUVEIA, LOCALIZADO EM TAPEROÁ/PB, EM CONFORMIDADE COM OS ANEXOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM ESTE INSTRUMENTO.
Valor 5.644.991,46
Classificação Funcional-Programática 25.181.10.302.5154.4772.3390.39.010.08
Período da Vigência do Contrato 10/6/2013 A 10/12/2013
Data da Assinatura 10/6/2013
WALDSON DIAS DE SOUZA - SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01313-1
Nº do Contrato 0066/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
Objeto TEM POR OBJETO A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO, PELA CONTRATADA, DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE GUARABIRA/PB, EM CONFORMIDADE COM OS ANEXOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM ESTE INSTRUMENTO.
Valor 3.087.140,52
Classificação Funcional-Programática 25.181.10.382.5154.4832.3390.39.010.00

S. E. S.
Fls 1725
Rubrica
TCE 1740
3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
C.TAB (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
019913112712520260009151
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira - ESCREVENTE
11/12/2013
Instituto GERIR
Fls. 154

mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da CONTRATADA e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização.

TCE 1741

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

O primeiro repasse deverá ser executado em até 10 dias da assinatura do presente Contrato de Gestão e os demais repasses deverão ser efetuados a cada 30 dias a contar da data da assinatura deste contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO - A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(31) de cada mês.

CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

A despesa com a contratação correrá à conta do orçamento da SES, sendo o ordenador de despesa o Secretário de Estado da Saúde, na forma da disponibilidade orçamentária abaixo para o atual exercício financeiro:

CODIGO	FONTE
25.101.10.302.5154.4832.339039	010 – TESOURO DO ES

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471 C.T.P.C.
AUTENTICAÇÃO
018913112741252026009150
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013

CLÁUSULA NONA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como os seus anexos, poderá ser atualizado e revisto, mediante prévia justificativa por escrito que irá conter a declaração de interesse de ambas as partes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A alteração do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como dos anexos que o integram deverá ser submetida

Instituto GERIR
Fls. 155

S. E. S. Fls: 1727 Rubrica

autorização do Secretário de Estado da Saúde, após parecer fundamentado da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação

TCE 1742

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os anexos que compõem este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em razão de seu caráter transitório, são passíveis de adequação e atualização, a fim de contemplar novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, vigentes nos novos períodos de contratualização.

PARÁGRAFO TERCEIRO - À **CONTRATANTE,** será permitida a alteração do **CONTRATO DE GESTÃO** para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do projeto aos seus objetivos, [illegible] direitos da **CONTRATADA**.

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471 AUTENTICAÇÃO 01991311274252026009149 https://extrajudicial.tjgo.jus.br Confere com o original Wendel de Melo Vieira ESCREVENTE 14/12/2013

CLÁUSULA DÉCIMA - RESCISÃO

A rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Verificada qualquer das hipóteses passíveis de ensejar rescisão contratual prevista no artigo 78 da Lei nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à Organização Social direito à indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A rescisão se dará por ato do titular da CONTRATANTE, após manifestação da Comissão Técnica Avaliação e da Procuradoria Geral do Estado.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, a CONTRATANTE ressarcirá exclusivamente danos materiais, inclusive - mas não limitadamente - os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela

Instituto GERIR Fls. 156

S. E. S. Fls. 1728

CONTRATADA para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.

TCE 1743

PARÁGRAFO QUARTO - O ressarcimento dos custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **CONTRATADA** para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ficará condicionado (i) à apresentação dos Termos de Rescisão de Contrato de Trabalho (TRCTs) devidamente homologados pelo órgão do Ministério do Trabalho ou pelo Sindicato de Classe, bem como à comprovação do cumprimento das obrigações de entrega de guias para levantamento de FGTS e para habilitação ao Seguro Desemprego, se for o caso, ou (ii) à apresentação de documento comprobatório do pagamento judicial de tais haveres, ficando vedado o ressarcimento de quaisquer valores decorrentes da mora no pagamento das verbas resilitórias, como, por exemplo, as penalidades previstas no art. 477, §8º e no art. 467, *caput*, da CLT e a indenização substitutiva do Seguro Desemprego.

PARÁGRAFO QUINTO - Em caso de amigável, por conveniência da Administração, a **CONTRATADA** se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa por parte da **CONTRATANTE**, por um prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da autorização escrita e fundamentada do Secretário de Estado da Saúde, nos termos do art. 79, §1º da Lei nº. 8.666/93, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES

A inobservância pela **CONTRATADA** de cláusula ou obrigação constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 todos da Lei Federal n° 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o [illegible] no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, e da [illegible]dual 9.454/11, quais sejam:

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026004148
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013

Instituto GERIR
Fls. 157

I - Advertência;

II - Multa, no valor de 5% (dois e cinco por cento) sobre o valor mensal de transferência de recursos orçamentários, estipulada pela **CONTRATANTE**, dependendo da gravidade da infração, a ser cobrada nos termos da legislação estadual;

III - Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

IV - Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

V - Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Estado da Paraíba.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As sanções previstas nos itens I, III, IV e V desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com o item "II".

PARÁGRAFO TERCEIRO - Da data de publicação da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO - O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado das transferências devidas em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de defesa.

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
Rua (62)3223 2471
AUTENTICAÇÃO
0199131127125202600914?
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013

Instituto GERIR
Fls. 158

S. E. S. Fls: 1730

PARÁGRAFO QUINTO - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

TCE 1745

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DISPOSIÇÕES FINAIS

Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde -, decorrente da Lei n° 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Fica vedada a cessão total ou parcial do referido **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL será publicado às expensas da **CONTRATADA** no Diário Oficial do Estado, no prazo até o 5º dia útil do mês

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223-2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026008148
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2017

REGISTRO CIVIL E TAB. DE NOTAS GOIÂNIA - GO CARTÓRIO

Instituto GERIR
Fls. 159

S. E. S. Fls. 1731

seguinte ao da sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

TCE 1746

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital do Estado da Paraíba, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas as **CONTRATANTES**, assinam o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

João Pessoa, 10 de JUNHO de 2013.

WALDSON DIAS DE SOUZA
Secretário de Estado da Saúde
Contratante

EDUARDO RECHE DE SOUZA
Diretor Presidente
Instituto de Gestão em Saúde - GERIR
Contratada

TESTEMUNHAS:

1 - Thiago Ronetto Mangueira
CPF: 046.392.264-62

2 - Geraldo Gomes Nogueira
160-716-0154-04

3º Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
AUTENTICAÇÃO
01991311127252026009145
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013

Instituto GERIR
Fls. 160

43	UNID	Bureta graduada de vidro, 1 ml - Limites de erro ± 0,01ml, classe 1/10, marcação permanente	80	Unidade	23,75	1.900,00
44	UNID	Bureta graduada de vidro, 25ml - Limites de erro ± 0,1ml, classe 1/10, marcação permanente	60	Unidade	23,25	1.395,00
45	UNID	Bureta graduada de vidro, 50ml - Limites de erro ± 0,1ml, classe 1/10, marcação permanente	80	Unidade	37,48	2.998,40
63	UNID	Funil colo longo com diâmetro 85mm vidro borosilicato, conforme ISO 1773	50	Unidade	5,00	250,00
64	UNID	Funil colo curto com extremidade diâmetro 5cm vidro borosilicato, conforme ISO 1773	50	Unidade	2,00	100,00
65	UNID	Cabelo de quartz para especular ICP/MS/MS com conector ETC e Tee	10	Global	45,00	450,00

TOTAL R$ 17.445,40 (Dezessete mil, quatrocentos e quarenta e cinco reais e quarenta centavos)

EMPRESA VENCEDORA: URQ LABOR COMERCIO LTDA.
CNPJ: 05.782.548/0001-54

ITEM	UNID	ESPECIFICAÇÃO	QDE	MARCA/MODELO	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO GLOBAL
11	UNID	Balão volumétrico classe A, 500ml. Cumpre com a norma ISO 1042 e DIN 12954. Conformidade com certificado "H". Graduação a branco. Rolha polietileno	60	Unitário	16,83	1.009,80
48	UNID	Funil de Buchner 500ml, com placa porosa polietileno	20	Unitário	94,60	1.892,00

TOTAL R$ 2.901,80 (Três mil novecentos e um reais e oitenta centavos)

IMPORTA A PRESENTE LICITAÇÃO O VALOR TOTAL DE R$ 51.800,37 (Cinquenta e um mil, oitocentos reais e trinta e sete centavos).

Campina Grande, 19 de junho de 2013

Prof. ANTONIO GUEDES RANGEL JUNIOR
Reitor da UEPB

LABMASTER Comércio de Produtos Cientificos Ltda. - CNPJ: 81.974.431/0001-11
QUALIVIDROS DISTRIBUIDORA LTDA - EPP - CNPJ: 06.803.551/0001-95
CARVALHAES PRODUTOS PARA LABORATÓRIO LTDA - CNPJ: 01.530.581/0001-42
URQ LABOR COMERCIO LTDA. - NPJ: 05.782.548/0001-54
HOLD SCIENTIFIC COMERCIO E SERVIÇOS DE MATERIAL PARA LABORATÓRIO LTDA. - CNPJ: 10.762.666/0001-96

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 820/2013
PARA REGITRO DE PREÇOS
REGISTRO NA CGE Nº 13/81001-5

DATA : 11/07/2013
HORÁRIO: 09:00 horas
(Horário de Brasília)

A COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, comunica aos interessados que realizará licitação na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO, PARA REGISTRO DE PREÇOS, no dia 11 de Julho de 2013, a partir das 09:00 horas, para AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO, PARA OS LABORATÓRIOS DE QUÍMICA - CAMPUS I DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB, CONFORME ESPECIFICAÇÃO CONSTANTE NO ANEXO I DO EDITAL.

O edital completo está disponível nos site www.licitacoes-e.com.br
Informações: C. P. L. - XXX (83) 3315-3348 ou 3315-3412.

Campina Grande, 26 de junho de 2013

Alberto Jorge O. Simões
Pregoeiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 813/2013
PARA REGITRO DE PREÇOS
REGISTRO NA CGE Nº 13/00516-3
ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 825/2013

Com base nas Leis nº 8.666/93 e nº 10.520/2002, Decreto Estadual nº 24.649/03, considerando, a regularidade de todos os documentos que compõem o processo licitatório da modalidade PREGÃO ELETRÔNICO que tem por objeto AQUISIÇÃO DE MATERIAL CONSUMO, PARA OS LAROATÓRIOS DE QUÍMICA DO CAMPUS I, UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB. HOMOLOGO todo o procedimento realizado, que decidiu pela classificação do menor preço por lote, as empresas abaixo citadas:

LABMASTER Comércio de Produtos Cientificos Ltda - CNPJ: 81.974.431/0801-11 - Vencedora dos Lotes: 01, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62 e 65, no valor total de R$ 12.433,28 (Doze mil, quatrocentos e trinta e três reais e vinte centavos).

QUALIVIDROS DISTRIBUIDORA LTDA - EPP – ENPJ: 06.803.551/0801-95 - Vencedora dos Lotes: 02, 03, 09, 10, 11, 12, 15, 17, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 34, 36, e 30, no valor total de R$: 1.740,27 (Um mil, quatrocentos e quarenta reais e vinte e sete centavos).

CARVALHAES PRODUTOS PARA LABORATÓRIO LTDA - CNPJ: 01.530.581/0081-42 – Vencedora dos Lotes: 04, 05,06, 16, 12, 19, 46, 50, 51, 52, 53 e 54, no valor total de R$ 16.974,40 (Dezesseis mil, novecentos e setenta e quatro reais e quarenta centavos).

HOLD SCIENTIFIC COMERCIO E SERVIÇOS DE MATERIAL PARA LAHORATÓRID LTDA - CNPJ: 10.762.666/0801-96 - Venceram dos Lotes: 07, 08, 09, 10, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 36, 40, 43, 44, 45, 63, 64 e 66, no valor total de R$ 17.442,50 (Dezessete mil, quatrocentos e quarenta e dois reais e cinquenta centavos).

DRQ LABOR COMERCIO LTDA - CNPJ: 05.782.548/0001-5 – Vencedora dos Lotes: 11 e 48, no valor total de R$ 3.210,00 (Três mil duzentos e dez reais).

IMPORTA A PRESENTE LICITAÇÃO O VALOR TOTAL DE R$ 51.000,32 (Cinquenta e um mil, oitocentos reais e trinte e sete centavos).

Campina Grande, 20 de junho de 2013

Prof. ANTONIO GUEDES RANGEL JUNIOR
Reitor da UEPB

Defensoria Pública do Estado da Paraíba

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA
ORDEM DE COMPRA

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 1484/2013
Nº DA ORDEM DE COMPRA: 051/13
LOCAL: DEFENSORIA PÚBLICA.
OBJETO: AQUISIÇÃO DE VEÍCULO.

FORNECEDOR: CAVALCANTI PRIMO VEICULOS LTDA.
CNPJ: 09.127.069/0001-55

Quant.	Descrição	VALOR
01	Veículo automotor, tipo camionete , cabine dupla, com tração 4x4, zero quilometro de fabrica, carroceria em aço e original de fábrica Quatro portas laterais e uma tampa traseira com abertura vertical para baixo na lateral.Capacidade mínima de carga total de 900kg. Transmissão manual com 06 (seis) velocidades à frente e uma à ré, com opção de acionde de tração 4x4 H, com controle interno de aundança da tração. Direção hidráulica ou elétrica original de fábrica. Freio a disco nas rodas dianteiras e freio a disco ou tambor nas rodas traseiras, com sistema de anti-travamento ABS com gerenciamento eletrônico integral das rodas. Motor a diesel de no mínimo 2.0 cc. Potência de no mínimo 180 (cento e oitenta) cavalos-vapor. Capacidade para transporte de cinco passageiros, incluindo o motorista, sendo os bancos dianteiros individuais.Rodas liga leve e pneus de utilização mista ou inferior de lona, inclusive o pneu estepe com as mesmas características. Vidros e travas elétricos, ar condicionado, zero km, modelo 2013. Garantia de 03 anos ou anual. Emplacamentos. Serv/ Proteção de caçamba e capota. Fabricação Nacional e Autorizada com Sede em João Pessoa.	R$ 117.000,00
	TOTAL	R$ 117.000,00

João Pessoa, 18 de junho de 2013.

Publicado no Diário Oficial em 19/06/2013.
REPUBLICAR POR INCORREÇÃO.
VANILDO OLIVEIRA BRITO
DEFENSOR PÚBLICO GERAL

EXTRATOS

Secretaria de Estado da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01311-4
Nº do Contrato 0064/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
Objeto TEM POR OBJETO A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO, PELA CONTRATADA, DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA MATERNIDADE DR.PEREORINO FILHO, EM CONFORMIDADE COM OS ANEXOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM ESTE INSTRUMENTO.
Valor 13.836.000,00
Classificação Funcional-Programática 25.181.10.382.5154.4061.3308.39.010.00
Período da Vigência do Contrato 10/6/2013 A 10/12/2013
Data da Assinatura 10/6/2013
WALDSON DIAS DE SOUZA - SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01312-2
Nº do Contrato 0065/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
ObjetoTEM POR OBJETO A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO, PELA CONTRATADA, DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL DISTRITAL DR. ANTÔNIO HILÁRIO GOUVEIA, LOCALIZADO EM TAPEROÁ/PB, EM CONFORMIDADE COM OS ANEXOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM ESTE INSTRUMENTO.
Valor 5.644.991,46
Classificação Funcional-Programática 25.101.10.302.5154.4772.3390.39.010.00
Período da Vigência do Contrato 10/6/2013 A 10/12/2013
Data da Assinatura 10/6/2013
WALDSON DIAS DE SOUZA - SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01313-1
Nº do Contrato 0066/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR
ObjetoTEM POR OBJETO A OPERACIONALIZAÇÃO DA GESTÃO E EXECUÇÃO, PELA CONTRATADA, DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE GUARABIRA/PB, EM CONFORMIDADE COM OS ANEXOS TÉCNICOS QUE INTEGRAM ESTE INSTRUMENTO.
Valor 3.087.149,52
Classificação Funcional-Programática 25.101.10.302.5154.4832.3390.39.010.00

TJE 1747

3 Registro Civil Tab de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2470
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026000914
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
CIVIL E TAB. DE NOTAS GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 161

Período da Vigência do Contrato 10/6/2013 A 10/12/2013
Data da Assinatura 18/6/2013
WALDSON DIAS DE SOUZA - SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE

Extrato de Aditivo de Contrato
Nº do Registro CGE 10-80982-5
Nº do Contrato 0123/2010
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Contratado SERQUIP TRATAMENTO DE RESÍDUOS PARAÍBA LTDA.
Valor Original do Contrato 3.393.372,08
Nº do Aditivo 04
Objeto do aditivo PRORROGAR POR MAIS 12 (DOZE) MESES O CONTRATO, CONFORME O ART. 57, II, DA LEI 8.666/93
Valor do aditivo 2.916.096,08
Classificação Funcional-Programática 25.101.10.302.5154.2950.3390.39.010.00
Período da Vigência do Contrato 17/5/2010 A 16/5/2014
Data da Assinatura do aditivo 15/5/2013
Valor acumulado do Contrato com o(s) aditivo(s) anterior(es) 5.982.588,80
WALDSON DIAS DE SOUZA - SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Extrato de Convênio
Nº do Registro CGE 13-80631-9
Nº do Convênio 0004/2013
Concedente SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Convenente SUPERINTENDÊNCIA DE OBRAS DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DA PARAÍBA
Objeto CONSTRUÇÃO DE UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON), NO MUNICÍPIO DE PATOS/PB, NOS TERMOS E CONDIÇÕES ESTABELECIDOS NO PLANO DE TRABALHO QUE É PARTE INTEGRANTE DO PRESENTE CONVÊNIO INDEPENDENTEMENTE DE TRANSCRIÇÃO.
Valor 3.970.895,19
Classificação Funcional-Programática
25.101.10.303.5154.1837.4490.51.81025.181.10.303.5154.1837.4490.51.057
Período da Vigência do Convênio 2/5/2013 A 26/6/2014
Data da Assinatura 2/5/2013
Descentralização de crédito orçamentário através da Portaria Conjunta nº 77 publicada no DOE de 27/6/2013, de acordo com o Decreto nº 30.719 de 22/09/2009.
WALDSON DIAS DE SOUZA - SECRETÁRIO DE SAÚDE DA PARAÍBA

Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano

SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01306-8
Nº do Contrato 0399/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO
Contratada JOSE CORREA SOBRINHO
Objeto CONTRATO DE LOCAÇÃO DO IMÓVEL DESTINADO AO FUNCIONAMENTO DO CREAS DO MUNICÍPIO DE LAGOA SECA
Valor 18.200,00
Classificação Funcional-Programática 27.902.08.244.5326.4790.3390.36.083.00
Período da Vigência do Contrato 18/6/2013 A 18/6/2014
Data da Assinatura 18/6/2013
MARIA APARECIDA RAMOS DE MENESES - SECRETARIA DE ESTADO

Companhia de Desenvolvimento da Paraíba

CIA DE DESENVOLVIMENTO DA PARAÍBA

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01389-2
Nº do Contrato 0005/2013
Contratante CIA DE DESENVOLVIMENTO DA PARAÍBA
Contratado NUTRICASH SERVIÇOS LTDA
Objeto O PRESENTE INSTRUMENTO TEM POR OBJETO A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE FORNECIMENTO DE ATÉ 140 (CENTO E QUARENTA) TALÕES DE VALE REFEIÇÃO POR MÊS PARA OS FUNCIONÁRIOS DA CINEP.
Valor 739.200,80
Classificação Funcional-Programática
21.201.22.122.5946.4221.3390.39.000.21.201.22.122.5946.4221.3390.39.870.
Período da Vigência do Contrato 18/6/2013 A 18/6/2014
Data da Assinatura 18/6/2013
TATIANA DA ROCHA DOMICIANO - DIRETORA PRESIDENTE

Departamento Estadual de Trânsito do Estado da Paraíba

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DO ESTADO DA PARAÍBA

Extrato de Aditivo de Contrato
Nº do Registro CGE 12-00842-7
Nº do Contrato 0849/2012
Contratante DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DO ESTADO DA PARAÍBA
Contratada QUALITY ALUGUEL DE VEÍCULO LTDA
Valor Original do Contrato 6.061.200,80
Nº do Aditivo 01
Objeto do aditivo PROMOVER A PRORROGAÇÃO DO PRAZO DE DURAÇÃO DA CONTRATAÇÃO, REAJUSTAR OS PREÇOS E AUMENTAR O QUANTITATIVO DE VEÍCULOS LOCADOS DESTINADOS AO DETRAN/PB E A SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA.
Valor do aditivo 7.227.402,96
Classificação Funcional-Programática 26.201.06.122.5046.4210.3390.39.000.00
Período da Vigência do Contrato 15/5/2012 A 14/5/2014
Data da Assinatura do aditivo 14/5/2013
RODRIGO AUGUSTO DE CARVALHO COSTA - SUPERINTENDENTE

Secretaria de Estado da Educação

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01241-0
Nº do Contrato 0114/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
Contratada ORGANIZAÇÃO COMERCIAL PRODUTEK LTDA.
Objeto AQUISIÇÃO DE INSTRUMENTOS MUSICAIS, VISANDO ATENDER ÀS NECESSIDADES DA SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO.
Valor 57.000,80
Classificação Funcional-Programática 22.181.12.361.5036.2297.4490.52.813.00
Período da Vigência do Contrato 6/6/2013 A 31/12/2013
Data da Assinatura 6/6/2013
Publicado no DOE em 15/6/2013 - REPUBLICAR POR INCORREÇÃO
MÁRCIA DE FIGUEIRÊDO LUCENA LIRA - SECRETÁRIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Extrato de Convênio
Nº do Registro CGE 13-80589-4
Nº do Convênio 0313/2013
Concedente SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
Convenente PREFEITURA MUNICIPAL DE S. JOSÉ DO BREJO DO CRUZ
Objeto CUSTEAR O TRANSPORTE ESCOLAR DE ALUNOS RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS PARA AS ESCOLAS DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DA ZONA URBANA.
Valor 42.230,08
Classificação Funcional-Programática 22.181.12.361.0880.7061.3340.41.003
Período da Vigência do Convênio 17/6/2013 A 31/12/2013
Data da Assinatura 17/6/2013
MÁRCIA DE FIGUEIRÊDO LUCENA LIRA - SECRETÁRIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Extrato de Convênio
Nº do Registro CGE 13-80590-8
Nº do Convênio 0072/2013
Concedente SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
Convenente PREFEITURA MUNICIPAL DE MARI
Objeto CUSTEAR O TRANSPORTE ESCOLAR DE ALUNOS RESIDENTES EM ÁREAS RURAIS PARA AS ESCOLAS DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DA ZONA URBANA.
Valor 35.880,80
Classificação Funcional-Programática 22.181.12.361.0880.7061.3340.41.003
Período da Vigência do Convênio 20/6/2013 A 31/12/2013
Data da Assinatura 20/6/2013
MÁRCIA DE FIGUEIRÊDO LUCENA LIRA - SECRETÁRIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01308-4
Nº do Contrato 0108/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
Contratada CALIXTO E FILHOS EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS LTDA.
Objeto AQUISIÇÃO DE INSTRUMENTOS MUSICAIS, VISANDO ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DA PARAÍBA.
Valor 135.928,00
Classificação Funcional-Programática 22.181.12.361.5036.2297.4490.52.013.00
Período da Vigência do Contrato 25/6/2013 A 31/12/2013
Data da Assinatura 25/6/2013
MÁRCIA DE FIGUEIREDO LUCENA LIRA - SECRETÁRIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Extrato de Contrato
Nº do Registro CGE 13-01307-6
Nº do Contrato 0101/2013
Contratante SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
Contratado RORIZ INSTRUMENTOS MUSICAIS LTDA.
Objeto AQUISIÇÃO DE INSTRUMENTOS MUSICAIS, VISANDO AS NECESSIDADES DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DA PARAÍBA
Valor 310.360,80
Classificação Funcional-Programática 22.181.12.361.5036.2293.4490.52.013.00
Período da Vigência do Contrato 25/6/2013 A 31/12/2013
Data da Assinatura 25/6/2013
MÁRCIA DE FIGUEIREDO LUCENA LIRA - SECRETÁRIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

Extrato de Convênio
Nº do Registro CGE 13-80598-3

Fls: 1733

TCE 1748

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
0199131127125020600914 3
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
CIVIL E TAB. DE NOTAS
GOIÂNIA

Instituto GERIR
Fls. 163

S.E.S. Fls: 1134

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

TCE 1749

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, Inscrita no CNPJ 08.778.268/0001-60, com sede na Avenida D. Pedro II, Nº 1826, Torre, João Pessoa/PB **CERTIFICA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0066/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na UPA I de Guarabira, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição é uma Unidade que atende urgências e emergências, adulto e pediátrica, no município de Guarabira. No atendimento de urgência e emergência, utiliza a Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias ambulatoriais de pequeno porte. Atendimento de 5.600 usuários mês em média.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde na UPA I de Guarabira. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2013.

Waldson Dias de Souza
Secretario Estadual de Saúde da Paraíba

Instituto GERIR
Fls. 163

S. E. S.
Fls: 1735
6
Rubrica

GOVERNO DA PARAÍBA

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO GUARABIRA

TCE 1750

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

CERTIFICAMOS para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0066/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na UPA I de Guarabira, Paraíba, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição é uma Unidade que atende urgências e emergências, adulto e pediátrica, no município de Guarabira. No atendimento de urgência e emergência, utiliza a Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias ambulatoriais de pequeno porte. Atendimento de 5.600 usuários mês em média.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde na UPA I de Guarabira. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

Cartório do 3º Ofício

Guarabira, 05 de dezembro de 2013.

SAMIR CABUS HALULE JUNIOR

Coordenador Administrativo

Instituto GERIR
Fls. 164

Unidade de Pronto Atendimento
CNPJ: 08.778.268/0051-20
Rodovia PB – 057, S/N, Conjunto Pro Moradia
Guarabira – PB CEP: 58.200-000

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CARTÓRIO FÁTIMA PAULINO

Reconheço por **SEMELHANÇA** a(s) firma(s) de:
SAMIR CABUS HALULE JUNIOR
conforme autógrafo arquivado neste ofício. Em test.º da verdade.

GUARABIRA - PB
Em **06/12/2013**

Wilson de Freitas Santos
Tabelião Substituto

CARTÓRIO 3º OFÍCIO
Praça Lima e Moura, 105
Centro
Fone: (83) 3271-2090
GUARABIRA - PB

S. E. S. Fls: 1736

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL Nº 006 /2013

TCE 1751

CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DA PARAÍBA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE - GERIR, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE GUARABIRA.

Pelo presente instrumento, de um lado, o **ESTADO DA PARAÍBA,** por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Avenida Dom Pedro II, nº 1826, nesta cidade, neste ato, representado por seu Secretário, Sr. **WALDSON DIAS DE SOUZA**, brasileiro, cirurgião dentista, casado, portador da Cédula de Identidade nº 5396195 – SSP-PE e do CPF nº. 028.578.024-71, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO DE GESTÃO EM SÁUDE - GERIR,** associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 14.963.977/0001-19, com endereço à Rua 89, Qd. F29, Lt. 58 s/n, CEP 74.093-140, Setor Sul, Goiania - GO, neste ato representada por **EDUARDO RECHE DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, empresário, na qualidade de diretor presidente, portador da Cédula de Identidade nº. 84.853-CREA/MG, CPF/MF nº 273.192.168-41, residente e domiciliado na Avenida E, nº. 1000, Ap. 603, Bl. A, Setor Jardim Goiás, CEP 74.810-030, Goiânia/GO, e confirmar, no âmbito do Estado da Paraíba, por força do o Art. 33, Parágrafo único, da Lei Estadual nº 9.454/11, RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** mediante as seguintes cláusulas e condições.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- ✓ Lei Federal nº 8.080/90
- ✓ Lei Federal nº. 8.666/93 – Art. 24, XXIV
- ✓ Lei Federal nº 9.637/98
- ✓ Decreto Federal 6.170/07
- ✓ Lei Estadual nº 9.454/11

Instituto GERIR
Fls. 165

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
018913112712523260008142
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013

S. E. S. Fls. 137

TCE 1752

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** tem por objeto o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE** na Unidade de Pronto Atendimento no âmbito do Município de Guarabira, no Estado da Paraíba, que assegure assistência universal e gratuita à população, em conformidade com os anexos, que são partes integrantes e indissociáveis deste instrumento:

a) Anexo A – Plano de Trabalho e Metas para os Serviços de Saúde;
b) Anexo B - Gestão de Pessoal da Unidade de Saúde pela Organização Social;
c) Anexo C - Inventário Patrimonial.
d) Anexo D – Termo de Permissão de Uso.

PARÁGRAFO ÚNICO: Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL,** as partes declaram:

I. Que a **CONTRATADA** dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda;
II. Que a **CONTRATADA** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este **CONTRATO DE GESTÃO** com a **CONTRATANTE.**
III. Que ambas as partes estão cientes de todos os termos da Lei Estadual 9.454/011, notadamente os artigos 13 e seguintes da referida legislação.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

São da responsabilidade da **CONTRATADA**, além daquelas obrigações constantes [illegible] especificações técnicas, que deste ficam fazendo parte integrante e das [illegible]lecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e [illegible] regem a presente contratação, as seguintes:

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026009141
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
3º C. TAB. CARTÓRIO CIVIL GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 166

1 - Prestar os serviços de saúde de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

TCE 1753

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Estado;

III – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

IV - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VII - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VIII – fomento dos meios para participação da comunidade;

IX – prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

1.1 - Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

I – Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo ...rsal e igualitário;

...anutenção da qualidade na prestação dos serviços;

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62)3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026008140
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira - ESCREVENTE
11/12/2013
REGISTRO CIVIL E TAB. DE NOTAS - GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 167

S. E. S.
Fls: 1739
6

III - Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

TCE 1754

IV – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

V – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;

VI - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

VII – Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

VIII – Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

2 - Apoiar a integração territorial dos equipamentos visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;

3 - Apoiar e integrar o complexo regulador da SES.

4 - Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

5 - Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos decorrentes, observando-se o número mínimo de pesquisa de mercado, em atendimento ao disposto no art. 11 do Decreto 6.170/07;

6 - Responsabilizar-se, civil e criminalmente perante os pacientes, por eventual indenização decorrente de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, oriunda de atos praticados por profissionais subordinados à **CONTRATADA**, e também responsabilizar-se por eventuais danos materiais e morais oriundos de erros médicos além daqueles decorrentes do desenvolvimento de suas ou relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores.

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223-2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026009139
https://extrajudicial.tjgo.jus.b
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
3º C. TAB. DE NOTAS GOIÂNIA

Instituto GERIR
Fls. 168

S. E. S.
Fls: 1740

7 - Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.

TCE 1755

8 - Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

9 - Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Unidade, da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde;

10 – Administrar, com responsabilidade, os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto no Inventário a ser firmado pelas partes contratantes em até 08 (oito) dias contados da assinatura do presente contrato, até sua restituição ao Poder Público;

10.1 A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei Estadual nº 9.454/11, devendo ser realizada no ato da assinatura deste Instrumento.

10.2 O Inventário especificará os bens, ficando a CONTRATADA responsável pela sua guarda e manutenção.

10.3 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade de retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.

10.4 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

11 - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO,** serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado da Paraíba - hipótese a **CONTRATADA** deverá entregar à **CONTRATANTE** a documentação ria ao processo de incorporação dos referidos bens.

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252028909138
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
5°C. TAB. DE NOTAS GOIÂNIA
Instituto GERIR
Fls. 169

S. E. S. Fls: 1741

11.1 As aquisições patrimoniais deverão ser previamente solicitadas à Secretaria de Estado da Saúde, acompanhado das justificativas técnicas equivalentes, sendo analisadas e aprovadas pela entidade pública, mediante verificação da disponibilidade financeira – orçamentária e do interesse público.

TCE 1756

11.2 Para a aquisição de novos materiais para a execução do presente Contrato de Gestão deverá ser indicada reserva específica para tal fim.

11.3 No caso da efetivação das aquisições, a **CONTRATADA** deverá realizar a transferência dos bens ao Patrimônio Estadual no prazo máximo de trinta (30) dias, sob pena de aplicação das penalidades previstas no presente contrato.

11.4 O Recebimento dos materiais permanentes deverá ser acompanhado por Comissão composta por membros da CONTRATADA e da Secretaria de Estado da Saúde.

12 - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede pública e privada de saúde, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados da **CONTRATADA**;

13 - Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação da Organização Social;

13.1 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido;

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471 AUTENTICAÇÃO 01991311271252026009137 https://extrajudicial.tjgo.jus.br Confere com o original Wendel de Melo Vieira ESCREVENTE 11/12/2013

ibilizar, permanentemente, toda e qualquer documentação para Auditoria

Instituto GERIR Fls. 170

15 - Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, e caso haja utilização necessidade de cessão de servidores efetivos e/ou concursados do Estado lotados na Unidade, esses serão pagos pelo Governo do Estado, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.

15.1 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Governo do Estado da Paraíba no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

15.2 A retenção prevista no item 15.1 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados contratados pela **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

15.3 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA**.

15.4 Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item 15.3 o **CONTRATANTE** efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**.

15.5 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS - GOIÂNIA - GO
Instituto GERIR
Fls. 171

S. E. S.
Fls: 1743

administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

15.6 Excepcionalmente o valor retido conforme item 15.1 poderá ser reduzido mediante requerimento fundamentado formalizado pela **CONTRATADA**.

16 - Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado da Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

17 - Comprometer-se a manter como dirigente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** profissional com qualificação.

18 - Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material.

19 - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

20 - Utilizar sistema de informática que permita a gestão clínica, administrativa e financeira, com acesso a servidores predeterminados da SES que permitam exclusivamente consultas e geração de relatórios, que obrigatoriamente terá que ter integração com sistema utilizado e que venha a ser utilizado pela SES.

21 - Adotar práticas de planejamento sistemático das ações da Organização Social, mediante instrumentos de programação, orçamento, acompanhamento e avaliação de suas atividades, de acordo com as metas pactuadas;

blicar anualmente, no Diário Oficial do Estado, demonstrações financeiras, das em conformidade com os princípios fundamentais de contabilidade e do de execução do contrato de gestão;

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
0199131122125202600813S
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
CAIXA DE DENSS GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 172

S. E. S. Fls. 1744 Rubrica

23 - prestar contas trimestral e anualmente, como definido na Lei Estadual nº 9.454/11) assegurar acesso irrestrito aos Órgãos de controle externo e interno do Estado e da União, bem como à Comissão de Avaliação designada pela Secretaria de Estado da Saúde;

TCE 1759

25 - registrar na prestação de contas, o ingresso de recursos e as despesas e demais aplicações de recursos públicos estaduais durante a execução do presente Contrato;

26 – no prazo de até 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão publicar no Diário Oficial do Estado, os regulamentos próprios quanto à contratação de pessoal e de fornecimento de bens e/ou serviços, aprovado pelo Conselho de Administração, bem como, o limite de remuneração a ser paga;

28) cumprir integralmente o disposto na Lei Estadual nº 9.454/11, bem como às legislações posteriores que venha a sucedê-la.

29 - Disponibilizará leitos de observação em conseqüência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24 horas.

30 – Atender, obrigatoriamente, aos seguintes parâmetros, definidos pela Portaria MS/GM nº. 2648/2011 (Arts. 7º e 8º):

Art. 7º A UPA 24h terá as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

I - acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

II - articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos regulad
região;

Instituto GERIR
Fls. 173

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia GO
(62)3223 2471
AUTENTICAÇÃO
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013

S. E. S
Fls: 1745

III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

TCE 1760

IV - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;

V - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

VI - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

VII - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

VIII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

IX - manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

X - encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso anterior;

XI - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XII – contra-referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e

XIII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade.

Compete ao gestor responsável pela UPA 24h:

I - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em local específico, considerando a identificação do paciente que necessite de

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
Fone: (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01991311271252026008193
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
GOIÂNIA - GO

Instituto GEMIR
Fls. 174

S. E. S. 1746 6

tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

II - estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e

TCE 1761

III - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

31 - Disponibilização diária de profissionais relacionados no dimensionamento de pessoal médico: 04 (quatro) médicos, distribuídos entre Clínica Médica e Pediatria no plantão de 24 horas.

32- Manter serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica - SADT para pacientes em atendimento na UPA:

- Laboratório de Análises Clínicas (A UPA será responsável apenas pela coleta do material, sendo que a realização do exame se dará no Laboratório do Hospital Regional de Guarabira;
- Os serviços de Esterilização e Lavanderia serão realizados no Hospital Regional de Guarabira;
- Radiologia simples;
- ECG – eletrocardiograma.

33 - Reduzir a procura pelas emergências hospitalares por pacientes com casos de urgência de baixa e média complexidade.

34 - Facilitar o acesso da população a atendimento de urgência, inclusive com exames laboratoriais e radiológicos.

35 - Prover atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência a população de qualidade e resolutivo.

ir o 1º atendimento rápido, estabilização e observação de pacientes por até 12h, antes de sua remoção para o tratamento definitivo ou liberação para tratamento ambulatorial.

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 175

S. E. S.
Fls: 1747

37 - Permitir o direcionamento para os hospitais da rede dos casos com necessidade de internação.

TCE 1762

38 - Identificar os usuários que realmente necessitam de cuidados hospitalares.

39 - Apoiar o sistema de atendimento pré-hospitalar móvel servindo como referência para os casos de menor complexidade que necessitem de observação ou de procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência ambulatoriais

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente Contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

1- Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e em seus anexos;

2 - Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, fazendo o repasse mensal, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

3 - Programar no orçamento do Estado, para os exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei Estadual 9.454/11, mediante termo de permissão de uso, conforme modelo constante do Anexo.

5 - Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, nos termos da Lei Estadual 9.454/11, desde que haja manifestação de vontade por parte desses, mediante autorização governamental e observando-se o [illegible]sse.

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013
REG. CIVIL E TAB. DE NOTAS GO
GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 176

S. E. S. Fls. 1748

6 - Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da **CONTRATADA** para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nível técnico-assistencial;

TCE 1763

7 - Acompanhar a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, através da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação, com fulcro no estabelecido no presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e respectivos anexos.

8 – Recolher no ato do pagamento, o percentual de 1,5% (um vírgula cinco por cento) do valor total da fatura, para implementação e operacionalização do Fundo Estadual de Apoio ao Empreendedorismo – Fundo Empreender/PB, conforme disposto na Lei nº 9.335/2011, alterada pela Medida Provisória nº 171/2011, e no Decreto nº 32.086, de 08 de abril de 2011.

CLÁUSULA QUARTA - DA AVALIAÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação a ser nomeada por resolução do Secretário de Estado da Saúde, procederá à avaliação trimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela **CONTRATADA** com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para o Secretário de Estado da Saúde, em meio digital.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A avaliação de que trata o "*caput*" desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A Comissão de Acompanhamento e Avaliação referida [illegible]a deverá elaborar relatório trimestral, em duas vias, cujas cópias [illegible]ncaminhadas para a CONTRATANTE.

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
01301311271252026008130
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
11/12/2013

CIVIL E TAB. DE NOTAS GO GOIÂNIA

Instituto GERIR
Fls. 177

S.E.S. Fls: 1749 Rubrica

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

TC 1764

O prazo de vigência do contrato de gestão emergencial será de 180 (cento e oitenta) dias, podendo ser prorrogado por igual período, conforme faculta o Art. 12, II, da Lei Estadual 9.454/11, desde que confirmada a disponibilidade orçamentária e a consecução dos objetivos propostos pela organização social.

CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste CONTRATO DE GESTÃO, a importância global estimada em R$ 3.087.149,52 (três milhões, oitenta e sete mil, cento e quarenta e nove reais e cinquenta e dois centavos), sendo o repasse mensal o valor de R$ 514.524,92 (quinhentos e quatorze mil, quinhentos e vinte e quatro reais e noventa e dois centavos).

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser, por esta, aplicados no mercado financeiro, desde que não haja riscos para o patrimônio, e revertidos, exclusivamente, nos objetivos do presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Fica facultado à CONTRATADA como Unidade do Sistema Único de Saúde solicitar o ressarcimento pelas operadoras, as quais aludem o art. 1º da Lei nº. 9.656, de 03/06/98. Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

PARÁGRAFO QUARTO - Os recursos financeiros necessários à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL poderão ser obtidos

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
019913712712520260091291
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira - ESCREVENTE
11/12/2013
GOIÂNIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 178

GERIR

TCE Fls. 1750
Rubrica

TCE 1765

7.2 COMPROVAÇÕES DA ESTRUTURA DIRETIVA DO HUTRIN

Instituto GERIR
Fls. 179

GERIR

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE
Rua 89 Qd F29 Lt 58 s/n
74093-140 Setor Sul, Goiânia GO
www.gerir.org.br

T.C.E. GO
Fls. 1751
Rubrica

TCE 1766

DECLARAÇÃO

O **Instituto GERIR**, portador do **CNPJ 14.963.977/0001-19**, declara a indicação do **Dr. Nasser Rodrigues Tannús, Especialista em Rede de Gestão do Cuidado ao Paciente Crítico**, para a **Diretoria Geral** do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN,** conforme **Chamamento Público nº 003/2013.**

As certificações requeridas se encontram anexadas.

1º TABELIONATO DE NOTAS
RUA 9 N. 1155, Ed. Aton - Terreo - Oeste
GOIANIA - GO

Reconheço por semelhança a(s) assinatura(s) Supra-assinada(s) de:
[illegible]2101-NASSER RODRIGUES TANNUS, ...
Que analoga a(s) constante(s) dos arquivos deste Tabelionato.

Dou fe. Em Testemunho da verdade.
Goiania-GO, 12 de Dezembro de 2013

DANUBIA SILVERIO DE OLIVEIRA
ESCREVENTE

Selo Digital n
02041304081452023129105.
Confirme a Autenticidade do selo no site:
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
16:15:52

Goiânia, 08 de dezembro de 2013.

Dr. Nasser Rodrigues Tannús
CRM-GO 5687

Eduardo Reche de Souza
Presidente - Instituto GERIR

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
Reconheço por SEMELHANÇA a(s) assinatura de:
4467636 - EDUARDO RECHE DE SOUZA
analoga a(s) de meu arquivo. Dou Fé.
Goiânia/GO - 12/12/2013 15:21:25 - U: 48
Selo Eletronico: 02011311011229023030174
Em Testemunho da verdade.
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

1º TABELIONATO DE NOTAS Goiânia-GO

Instituto GERIR
Fls. 180

S. E. S.
Fls: 1752
Rubrica
TCE 1767

Nasser Rodrigues Tannus

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/6344048890070874
Última atualização do currículo em 04/02/2013

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de ciências Médicas de Nova Iguaçu(1989) e especialização em Rede de Gestão do Cuidado ao Paciente Crítico pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês(2011). Atualmente é medico intervencionista da Resgate do Corpo de Bombeiros de goias e Diretor Técnico da Hospital de Urgências de Goiânia Dr Waldemiro Cruz. **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome	Nasser Rodrigues Tannus
Nome em citações bibliográficas	TANNUS, N. R.

Endereço

Endereço Profissional	Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Centro Técnico-Científico, Departamento de medicina. Rua 84, Q. F-16, Lt. 20, Nº210, Sul 74080-400 - Goiania, GO - Brasil Telefone: (062) 32231817

Formação acadêmica/titulação

2009 - 2011	Especialização em Rede de Gestão do Cuidado ao Paciente Crítico. (Carga Horária: 368h). Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês. Título: Trajetória Reflexiva da Gestão ao Paciente Crítico. Orientador: Roberto Padilha. Bolsista do(a): Ministério da Saúde / Ministério da Educação.
1984 - 1989	Graduação em Medicina. Faculdade de ciências Médicas de Nova Iguaçu.

Formação Complementar

2011 - 2011	Suporte Básico à Vida (SBV). American Heart Association.
2011 - 2011	Programa Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. American Heart Association.
2010 - 2010	WFA-Primeiros Socorros em Áreas Remotas / Standart. (Carga horária: 30h). Emergency care & Safety Institute / RSA treinamentos.
2008 - 2008	12º Curso de Atualização em Ultra-Sonografia Medis. (Carga horária: 7h). Medison do Brasil Ltda.
2006 - 2006	Emergências médicas em trauma e clínica. (Carga horária: 20h). Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.
2004 - 2004	Capacitação em Atendimento Pré-Hospitalar. (Carga horária: 20h). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Instituto GERIR
Fls. 181

T. C. E. S.
Fls: 1753

2004 - 2004 Pre Hospital Trauma Life Support Provider Course.
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

2001 - 2001 Curso de Ultra-sonografia do músculo-esquelético. (Carga horária: 50h).
Escola de Ultra-Sonografia Ribeirão Preto Sc.

2000 - 2000 Curso de Doplermetria em Medicina Interna. (Carga horária: 32h).
Escola de Ultra-Sonografia Ribeirão Preto Sc.

2000 - 2000 Curso de Dopplermetria Ginecologia e Obstetrícia. (Carga horária: 32h).
Escola de Ultra-Sonografia Ribeirão Preto Sc.

1990 - 1990 Curso Básico de Ultra-sonografia. (Carga horária: 200h).
Escola de Ultra-Sonografia Ribeirão Preto Sc.

TCE 1768

1990 - 1990 Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar. (Carga horária: 40h).
Hospital de Doenças Tropicais.

Atuação Profissional

Hospital de Urgências de Goiânia Dr Waldemiro Cruz.

Vínculo institucional

2012 - Atual Vínculo: Celetista formal, Enquadramento Funcional: Diretor Técnico, Carga horária: 60

Resgate do Corpo de Bombeiros de goias.

Áreas de atuação

Idiomas

Inglês Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Prêmios e títulos

1994 Sócio Titular da Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia, Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia.

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. Seminário Interativo para a Gestão de Crises e Desastres. 2012. (Seminário).

2. IV Curso Introdutório da Liga Acadêmica de Cardiologia e Cirurgia Vascular (LaCardio).Ressuscitação cardiopulmonar. 2012. (Simpósio).

3. Seminário de Vigilância em saúde. 2011. (Seminário).

4. III Curso Introdutório Liga Acadêmica de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular (LaCardio).Ressuscitação cardio-pulmonar. 2011. (Simpósio).

5. Curso SAVIC - Suporte Avançado de Vida na Insuficiência Cardíaca. 2011. (Oficina).

Instituto GERIR
Fls. 182

S. E. S.
Fls: 1754
6
Rubrica
TCE 1769

6. XVIII Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão. 2010. (Congresso).

7. Módulo III da Educação Médica Continuada - Atendimento Pré-Hospitalar.Atualização do ATLS. 2010. (Seminário).

8. I Jornada da Gestão do Cuidado ao Paciente Crítico.Transporte Intra Hospitalar. 2010. (Simpósio).

9. II Simpósio da Liga Acadêmica de Cardiologia e Cirurgia Vascular (LaCardio).Ressuscitação cardio-pulmonar no adulto. 2010. (Simpósio).

10. Assistência Inicial em Primeiros Socorros para Praticantes de Esportes Radicais.Assistência Inicial em Primeiros Socorros para Praticantes de Esportes Radicais. 2010. (Simpósio).

11. 1º Curso de Capacitação dos Profissionais de Saúde do Exército da Guarnição de Goiânia.Capacitação Médica. 2010. (Oficina).

12. I Seminário Estadual de Hantavirose e Leptospirose. 2010. (Encontro).

13. Curso de Preparação de Multiplicadores para Enfrentamento de nova onda de Influenza Pandêmica (H1Na) 2009. 2010. (Outra).

14. Jornada Goiana de Neurotraumatologia.Atendimento pré-hospitalar ao trauma em Goiás. 2010. (Outra).

15. Jornada Goiana de Neurotraumatologia. 2010. (Outra).

16. Liga Acadêmica de Medicina Intensiva.Ressuscitação Cardiopulmonar. 2010. (Outra).

17. 1º Curso de Capacitação Específica de Transporte Aeromédico.Módulo de Resgate Primário - Segurança Pública e Defesa Civil. 2009. (Simpósio).

18. Simpósio SOCESP - Emergências Cardiovasculares e Ressuscitação - Antecipando as Diretrizes 2010. 2009. (Simpósio).

19. III Jornada de Fisioterapia do Hospital de Urgências de Goiânia - Waldemiro Cruz (HUGO).Suporte Básico de Vida - BLS. 2009. (Encontro).

20. 5ª Semana de Cultura e Cidadania da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.Simulação de Retirada de Capacete da Liga Emergências Médicas. 2009. (Encontro).

21. Curso Introdutório da Liga do Trauma da UFG..Choque hipovolêmico.. 2009. (Outra).

22. SAMU Metropolitano de Goiânia.Por dedicação e desprendimento durante o ano de 2009 para o funcionamento e harmonia do SAMU Metropolitano de Goiânia. 2009. (Outra).

23. Curso Introdutório - Liga do Trauma.Curso Introdutório da Liga Acadêmica do Trauma. 2009. (Outra).

24. I Curso Introdutório da Liga Acadêmica de Atendimento Pré-Hospitalar (LAAPH).SAMU x SIATE. 2008. (Simpósio).

25. Programa de Integração e Ambientação para Novos Ingressantes - PIANI.Apresentação e Funcionamento do Serviço Móvel de Urgências (SAMU) da Secretaria Municipal de Saúde. 2008. (Encontro).

26. 1º Curso de Emergências Médicas: Clínicas e Traumáticas de São Luis de Montes Belos.Emergências Médicas. 2006. (Outra).

27. Curso de Emergências Médicas em Trauma e Clínica.Emergências Neurológicas. 2006. (Outra).

28. Curso de Emergências Médicas em Trauma e Clínica.Trauma de Abdome e Trauma de Tórax. 2006. (Outra).

Instituto GERIR
Fls. 183

S. E. S.
Fls: 1755
Rubrica

TCE 1770

29. Curso de Emergências Médicas em Trauma e Clínica.Choque e Triagem. 2006. (Outra).

30. XI Congresso Brasileiro Teórico Prático de Ultra-sonografia. 2005. (Congresso).

31. 1ª Oficina de Regulação e Urgência da Região Metropolitana de Goiânia. 2005. (Oficina).

32. Regulação Médica. 2005. (Encontro).

33. Curso de Emergências Médicas em Trauma e Clínica.Vias aéreas, RCP e Triagem. 2005. (Outra).

34. Curso de Emergências Médicas em Trauma e Clínica.Triagem. 2005. (Outra).

35. XV Congresso Brasileiro de Saúde das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros, VIII Congresso da Academia Nacional de Saúde das Polícias Militares do Brasil e I Encontro Nacional de Saúde Mental dos Servidores da Segurança Pública. Mal súbito: atendimento pré-hospitalar. 2004. (Congresso).

36. Curso de Emergências Médicas Clínicas e Traumáticas.Instrutor - Emergências Médicas Clínicas e Traumáticas. 2004. (Outra).

37. VI Jornada Médica de Jataí e I Jornada da Clínica e Maternidade Santa Clara.Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE-SAMU). 2004. (Outra).

38. VI Jornada Médica de Jataí e I Jornada da Clínica e Maternidade Santa Clara.Atendimento pré-hospitalar às emergências clínicas. 2004. (Outra).

39. VI Jornada Médica de Jataí e I Jornada da Clínica e Maternidade Santa Clara.Atendimento Hospitalar ao Politraumatizado. 2004. (Outra).

40. Goiás Fazendo Saúde - I Mostra de Produtos. 2003. (Encontro).

41. Curso de Emergências Médicas Clínicas e Traumáticas.Instrutor - Emergências Médicas Clínicas e Traumáticas. 2003. (Outra).

42. VI Jornada Internacional em Ultra-sonografia e V Encontro dos Ex-alunos da EURP. 2002. (Simpósio).

43. VI Jornada Internacional em Ultra-sonografia e V Encontro dos Ex-alunos da EURP.Secretário da Conferência: Importância do Doppler da Artéria Uterina sobre o Perfil Hemodinâmico Fetal. 2002. (Outra).

44. VI Jornada Internacional em Ultra-sonografia e V Encontro dos Ex-alunos da EURP.Representante Regional da Jornada. 2002. (Outra).

45. IV Jornada de Atualização em Ultra-Sonografia e o III Encontro dos Ex-alunos. 1998. (Simpósio).

46. IV Simpósio de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Santa Helena.Comissão Científica do Simpósio. 1998. (Simpósio).

47. IV Congresso Brasileiro Teórico Prático de Ultra-sonografia. 1997. (Congresso).

48. III Simpósio de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Santa Helena.Presidente da Conferência: Avaliação da Maturidade e Vitalidade Fetal. 1997. (Simpósio).

49. I Jornada Goiana de Edocardiografia Fetal (Ultra-som do coração fetal).Membro Efetivo da Jornada. 1997. (Outra).

50. Simpósio sobre Avaliação do Paciente Cirúrgico. 1991. (Simpósio).

Instituto GERIR
Fls. 184

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 10/12/2013 às 9:40:50

S. E. S.
Fls: 1756
6
Rubrica
TCE 1771

Instituto GERIR
Fls. 185

Sociedade de Ensino Superior de Nova Iguaçu

Faculdade de Ciências Médicas de Nova Iguaçu

O Diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Nova Iguaçu,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina
em 15 de julho de 1989, confere o título de

Médico a

Nasser Rodrigues Tannús

de nacionalidade brasileira, nascido a 03 de setembro de 1961, natural do Estado de Goiás
portador da cédula de identidade n.º 1.214.652 expedida pela Secretaria de Segurança Pública, Estado de Goiás

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Nova Iguaçu, 15 de julho de 1989

Sandra Regina Ribeiro Barbosa
Secretária

Diretor

Diplomado

Tabelionato de Notas
Goiânia - Goiás
(62) 3223 2471

AUTENTICAÇÃO
Confere com o original
Goiânia, 12 de Dezembro de 2013

MÁRIO ANTUNES FERREIRA DA S. BASTOS
ESCREVENTE
Selo Eletrônico
Nº 02031310Z610430230057087
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Instituto GERIR

FLS. 1752

Curso de

MEDICINA

Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 572 de 13-10-81
publicado no Diário Oficial da União em 15-10-81

ME - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Diploma registrado sob n.º 75/89 .....
Livro E-81:2 fls.: 188 v... de 21/08/89.
Processo n.º 23069.004591/89-28. por Delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da Portaria MEC/DAU n.º 30 de 23-05-1979.

AED 21/08/89.

Sandra Neves Santos Pinheiro
Diretor da AED

VISTO: .....
Diretor do Departamento de Administração Escolar

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE GOIÁS - CREMEGO
Registrado sob n.º 5687
Às fls. 00097 do livro n.º 11
Em 04 de OUTUBRO de 1989
Dr. Edson Nunes Vieira
Presidente do CREMEGO

3º Tabelionato de Notas
Goiânia - Goiás
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original
Goiânia, 2 de Dezembro de 2013
MÁRIO ANTUNES FERREIRA DA S. BASTOS
ESCREVENTE
Selo Eletrônico
nº 0203131028104902503708B
Consulte em http://selos.tjgo.jus.br/

Dr. Paulo Fraga Filho
Diretor

Sandra Regina Pinheiro Barbosa
Secretária

artes promoções gráficas
tels.: 67-1157 - 160-1742
são paulo - brasil

SUS Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

O Hospital Sírio-Libanês, em função da portaria GM/MS nº 3276, de 28 de dezembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos Hospitais de Excelência, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação, por portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que

NASSER RODRIGUES TANNUS

concluiu, conforme disposições do verso, o curso de Pós Graduação Lato Sensu "Rede de Gestão do Cuidado ao Paciente Crítico," no período de 28 de junho de 2009 a 2 de janeiro de 2011.

3º Tabelionato de Notas
Goiânia - Goiás
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original.
Goiânia, 12 de Dezembro de 2013
MÁRIO ANTÔNIO FERREIRA DA S. BASTOS
ESCREVENTE
Selo Eletrônico
nº 02031310281049025037086
consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

São Paulo, 23 de agosto de 2011

Dr. Enis Donizetti Silva
Coordenador do Curso

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Diretor de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Nasser Rodrigues Tannus
Discente

Instituto GERIR
Fls.

S. E. G.
Fls. 1158
Rubrica

TCE 17473

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Pós-graduação Lato Sensu "Rede de Gestão do Cuidado ao Paciente Crítico"

Coordenação: Dr. Enis Donizetti Silva

Período: 28 de junho de 2009 a 2 de janeiro de 2011

Carga Horária Total: 368 horas

Conceito Final: Aprovado

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC: Trajetória reflexiva da gestão ao paciente crítico

Certificado registrado sob nº: 1585/2010

Expedido em: 23/8/2011

Secretaria Acadêmica:

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

IDENTIDADE Nº 1.214.652 - SSP/GO

CPF Nº 247.093.951-87

CERTIFICADO MILITAR Nº 045807 - CDI

TÍTULO ELEITORAL Nº 231.395.810-74

ZONA 19 SEÇÃO 2528

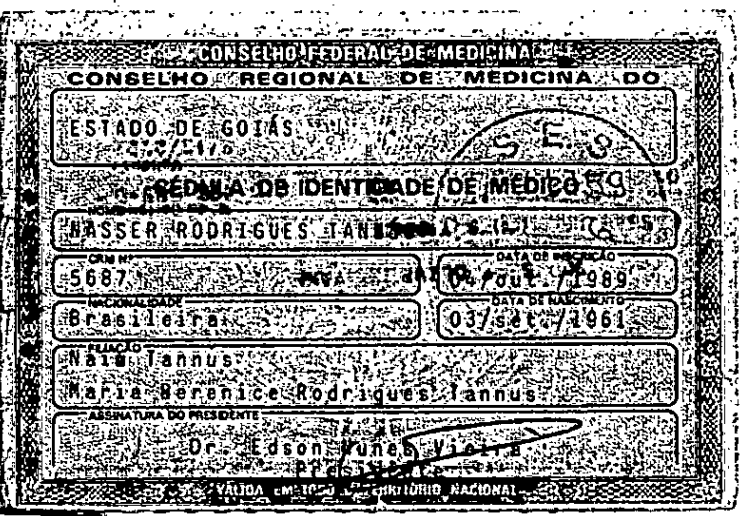
LOCAL E DATA Goiânia, 04/outubro/1989

ASSINATURA DO PORTADOR

POLEGAR DIREITO

DOCUMENTO DE IDENTIDADE CONFORME LEI Nº [illegible]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO Nº 5687

NASSER RODRIGUES TANNUS

CRM Nº 5687 SECCIONAL GOIÁS

DATA DE EMISSÃO 04/out./1989

NACIONALIDADE Brasileira

DATA DE NASCIMENTO 03/set./1961

FILIAÇÃO Naim Tannus

Maria Berenice Rodrigues Tannus

ASSINATURA DO PRESIDENTE

Dr. Edson Vunes Vieira

Presidente

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3º Tabelionato de Notas
Goiânia - Goiás
(62) 3223 2471

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original

Goiânia, 12 de Dezembro de 2013

MARIA ANTUNES FERREIRA DOS SANTOS
ESCREVENTE

Selo Eletrônico

02031310281049026037084

Consulte em www.tjgo.jus.br/selos

TCE 1774

EM BRANCO

Instituto GERIR
Fls.: 187

Criada em 1932, a Carteira de Trabalho e Previdência Social resistiu ao passar dos anos, assimilando com muita presteza as profundas modificações que se registraram, nestas décadas, na composição, distribuição e qualificação da nossa força de trabalho.

Sem nenhum exagero, pode-se afirmar que este documento, por muitos ainda hoje conhecido como "carteira profissional", converteu-se num dos mais importantes instrumentos à disposição do trabalhador, fazendo às vezes de cédula de identidade, título de crédito, atestado de antecedentes, de boa conduta e de residência, para citar apenas algumas das suas múltiplas utilidades.

Em sua simplicidade, a CTPS reflete a carreira do trabalhador e sua evolução profissional. Cabe-lhe pois, protegê-la atenta e cuidadosamente, porque enquanto pelos seus aspectos externos essa Carteira revela traços importantes da personalidade e da formação do seu possuidor, os registros internos, habitualmente insubstituíveis, se constituem nas melhores garantias da preservação e da efetivação dos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Almir Pazzianotto Pinto

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

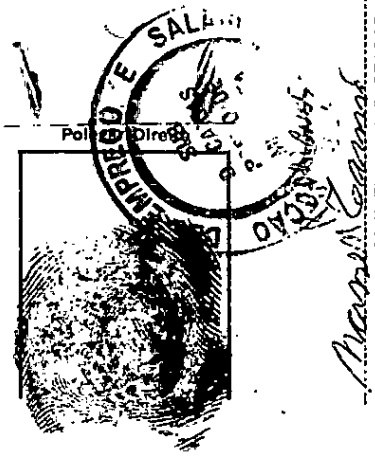
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

S. E. S. Fls. 1760

TC 1775

Série 054-RJ

Número 45899



ASSINATURA DO PORTADOR

8 QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Hasse Rodrigues Tavares

Loc. Nasc. Rio Verde

Est GO Data 03.09.61

Filiação Haim Tavares e Maria Berenice Rodrigues Tavares

Ex. Civil Sol Doc. N.º 12465-2

Fls. ___ Liv. ___ Reg. Civil ___

Outro doc. ___

Situação Militar: Doc. CSR-02/5804...

N. RCSM Órgão ME Est GO

Naturalizado Dec. N.º ___ Em ___/___/___

Chegada ao Brasil em ___/___/___

Doc. Ident. N.º ___ Esp. em ___/___/___

Estado ___

Data 03/84 DRT GO

Assinatura do Funcionário

ESTRANGEIROS SUB D. CAXIAS POSTO DE IDENTIFICAÇÃO

EMPREGO E SALÁRIO DE FISCALIZAÇÃO

9 ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome ___

Doc. ___

Nome ___

Doc. ___

Nome ___

Doc. ___

Est. Civil ___

Doc. ___

Est. Civil ___

Doc. ___

Nascimento ___

Doc. ___

3º Tabelionato de Notas
Goiânia - Goiás
(62) 3223 2471

AUTENTICAÇÃO
Confere com o original
Goiânia, 11 de Dezembro de 2013

MÁRIO ANTUNES FERREIRA DA S. BASTOS
ESCREVENTE
Selo Eletrônico
nº 0203131028104902303708S
Consulte em http://www.tjgo.jus.br/selo

Instituto GERIR
Fls. 188

Certificado

EURP®
ESCOLA DE ULTRA-SONOGRAFIA
E RECICLAGEM MÉDICA
RIBEIRÃO PRETO
MAUAD

Certificamos que o

Dr. ***Nasser Rodrigues Tannús***

concluiu o Curso de Dopplermetria em Medicina Interna

ministrado no período de 1 a 3 de junho de 2000,

com carga horária de 32 horas.

Ribeirão Preto, 3 de junho de 2000

Instituto GERIR
Fls. 189

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho

Dr. Adilson Cunha Ferreira

S.E.S.
Fls. 1161

TCE 1779

CURSO

O Curso tem duração de 03 dias em tempo integral, com carga horária de 32 horas, destinadas a atividades teóricas e de instrumentação sob supervisão do corpo docente em equipamentos com Doppler contínuo, pulsado e colorido. Exige-se um aproveitamento superior a 70%.

PROGRAMA

Princípios físicos I

Princípios físicos II

Ultra-sonografia renal

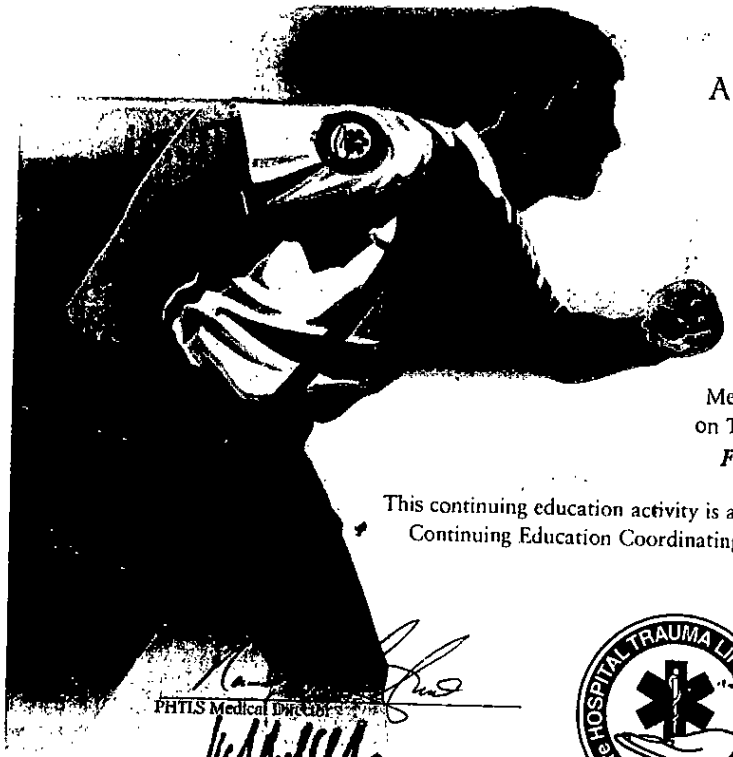
Hipertensão portal

Ultra-sonografia vascular dos grandes vasos

Doppler Color – pequenas partes

Ecorealçadores

NAEMT



THIS IS TO
ACKNOWLEDGE THAT

Nasser Rodrigues Tannus

has successfully completed the
PreHospital Trauma Life Support Provider Course

sponsored by the National Association of Emergency Medical Technicians, in cooperation with the Committee on Trauma of the American College of Surgeons and
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

This continuing education activity is approved by NAEMT, an organization accredited by the Continuing Education Coordinating Board for Emergency Medical Services (CECBEMS).

PHTLS Medical Director

National PHTLS Chairperson

PHTLS Faculty Representative

PreHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT • NAEMT • ®

Course Medical Director

Course Coordinator

04-1753-02	*28/08/2004*	*28/08/2008*
National Course Number	Date Issued	Date Expired

TCE 17727

S. E. S.
Fls. 1762
6

Certificado

EURP ESCOLA DE ULTRA-SONOGRAFIA E RECICLAGEM MÉDICA RIBEIRÃO PRETO MAUAD

Certificamos que o

Dr. **Nasser Rodrigues Tannus**

participou da *VI Jornada Internacional em Ultra-sonografia e o V Encontro dos Ex-alunos da EURP no período de 26 a 28 de setembro de 2002,* na qualidade de *Secretário da Conferência:*

Importância do Doppler da Artéria Uterina sobre o Perfil Hemodinâmico Fetal

Ribeirão Preto, 27 de setembro de 2002.

Instituto GERIR Fls. 190

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho
Presidente da Jornada

Prof. Dr. Adilson Cunha Ferreira
Coordenador da Jornada

S.E.S. Fls. 1163 Rubrica

TCE 1778

IV Jornada Internacional em Ultra-sonografia e o V Encontro dos Ex-alunos do EURP.
Período de: 26 a 28 de setembro de 2002.

5ª feira	Horário		
25/09/2002	Manhã	Curso Pré-Congresso	
		Doppler em Ginecologia e Obstetrícia	US do Sistema Músculo-esquelético
		Noções Doppler	Ombro e Punho
		Doppler Ginecológico. Aplicações Clínicas	
		Doppler Obstetrícia Aplicações Clínicas	
		Coffe Break	Coffe Break
		Tutorial	Tutorial
	Tarde		
		Tópicos Avançados em Ultra-sonografia:	
		Doppler em Medicina Interna	
		Ultra-sonografia Tridimensional	
		O que o Nefrologista espera do exame ultra-sonográfico	
		Doppler no Rim Transplantado	
		Ultra-som Renal	
		Princípios físicos / software/modalidades de aquisição	
		Ultra-sonografia Tridimensional. Por quê?	
		Coffe Break	
		Tutorial	
	Noite	Conferência de Abertura	
		Diagnóstico por Imagem Hoje	
		Coquetel	
6ª feira	Manhã	Conferência: Neurosonografia Fetal	
27/09/2002		Conferência: Importância do Dopoler da Artéria Uterina sobre o Perfil Hemodinâmico Fetal	
		Coffe Break	
	Simpósio	Primeiro Trimestre: Marcadores US 1º Trimestre	
		Segundo Trimestre: Quais suas indicações e relevancias	
		Terceiro Trimestre: Desvios de crescimento	
		Quando e Quantos exames em obstetrícia	
		Sessão de Casos Clínicos	
	Tarde	Avaliação dos painéis :	
		Conferência: Estado Atual do Diagnóstico Ecográfico na Patologia Prostatica	
	Simpósio	Tópicos em Ginecologia	
		Critérios de controle de foliculogenese Histeroendosonografia	
		Real situação na avaliação do endométrio	
		Doppler nas neoplasias	
		Conferência: Estudo de coreção fetal diagnóstico e terapêutico	
		Tutorial – Medicina Interna	
		Happy Hour	
Sábado	Manhã	Debate Informal : O papel da Ecomastografia	
28/09/2002	Simpósio	Tópicos em Ultra-sonografia Hepática	
		O que o hepatologista espera do US	
		Qual o valor da ultra-sonografia no diagnóstico dos tumores hepáticos	
		Hepatopatias difusas	
		Coffe break	
		Sessão de Casos Clínicos	
		Conferência: Importância da Ecomastografia nos Tumores Malignos	
		Encerramento e Entrega dos Prêmios	

0811

TCE 1779

S. E. S.
Fls: 1764
6
Rubrica

CURSO DE
ULTRA-SONOGRAFIA
RIBEIRÃO PRETO

Certificamos que

Dr. Nasser Rodrigues Tannús

participou do Curso Básico de Ultra-Sonografia,

no período de 24 de setembro a 19 de outubro de 1990.

Ribeirão Preto 19 de outubro 1990.

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho

Dr. José Antonio A. Baracchini

Dr. George Luis Scarafiz

Instituto GERIR
Fls. 191

CURSO:

O Curso Básico de Ultra-sonografia de Ribeirão Preto tem uma duração de 4 semanas em tempo integral, com carga horária de 200 horas, sendo 100 horas destinadas a atividades teóricas e 100 horas a atividades de instrumentação. Exige-se um aproveitamento superior a 70%.

PROGRAMA:

Bases físicas e efeitos biológicos dos ultra-sons. Instrumentação. Tipos de equipamentos. Organização do serviço de ultra-sonografia. Anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino. Anatomia do concepto. Biometria gestacional. Patologia da gestação. Desvios do crescimento fetal. Malformações fetais. Amniocentese dirigida. Patologia do útero e dos anexos. Ultra-sonografia das mamas. Anatomia do abdome superior. Patologia do fígado e das vias biliares, do pâncreas, baço, génito-urinária, grandes vasos, cavidade abdominal e do retroperitônio. Técnicas de punção biópsia aspirativa dirigida. Modelos terapêuticos e propedêuticos em ecografia.

Certificado

EURP ESCOLA DE ULTRA-SONOGRAFIA E RECICLAGEM MÉDICA RIBEIRÃO PRETO

MAUAD

Certificamos que o

Dr. ***Nasser Rodrigues Tannús***

concluiu o Curso de Dopplermetria em Medicina Interna

ministrado no período de 1 a 3 de junho de 2000,

com carga horária de 32 horas.

Ribeirão Preto, 3 de junho de 2000

Instituto GERIR Fls. 192

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho

Dr. Adilson Cunha Ferreira

TE 1780

S. E. S. Fls. 1165

CURSO

O Curso tem duração de 03 dias em tempo integral, com carga horária de 32 horas, destinadas a atividades teóricas e de instrumentação sob supervisão do corpo docente em equipamentos com Doppler contínuo, pulsado e colorido. Exige-se um aproveitamento superior a 70%.

PROGRAMA

Princípios físicos I

Princípios físicos II

Ultra-sonografia renal

Hipertensão portal

Ultra-sonografia vascular dos grandes vasos

Doppler Color – pequenas partes

Ecorealçadores

Certificado

EURP® ESCOLA DE ULTRA-SONOGRAFIA E RECICLAGEM MÉDICA RIBEIRÃO PRETO
MAUAD

Certificamos que o

Dr. ***Nasser Rodrigues Tannús***

concluiu o Curso de Dopplermetria em

Ginecologia e Obstetrícia

ministrado no período de 29 a 31 de maio de 2000,

com carga horária de 32 horas.

Ribeirão Preto, 31 de maio de 2000

Instituto GERIR
Fls. 193

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho

Dr. Adilson Cunha Ferreira

T.C.E. S.E.S.
Fls. 1766
Rubrica

TCE 1781

Curso de Dopplermetria em Ginecologia e Obstetrícia

O Curso tem duração de 6 períodos em tempo integral, com carga horária de 32 horas, destinadas a atividades teóricas e de instrumentação sob supervisão do corpo docente em equipamentos com Doppler contínuo, pulsado e colorido. Exige-se um aproveitamento superior a 70%.

Programa:

Princípios físicos.

Equipamentos.

Doppler em ginecologia normal.

Doppler em ginecologia patológica.

Doppler em obstetrícia.

Doppler em ginecologia (endométrio, reprodução, invasivo).

Doppler em vitalidade fetal.

Doppler na menopausa

Contraste em ginecologia.

1971 151

Certificado

EURP® ESCOLA DE ULTRA-SONOGRAFIA E RECICLAGEM MÉDICA RIBEIRÃO PRETO
MAUAD

Certificamos que o

Dr. ***Nasser Rodrigues Tannus***

concluiu o Curso de Ultra-Sonografia do Músculo-esquelético

ministrado no período de 6 a 10 de agosto de 2001,

com carga horária de 50 horas.

Ribeirão Preto, 10 de agosto de 2001.

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho

Instituto GERIR
Fls. 194

TCE 1782

S.E.S.
Fls. 1171

O Curso de músculo-esquelético tem duração de uma semana em período integral, com uma carga horária de 90 horas destinadas a atividades teóricas e de instrumentação

Programa

Ultra-sonografia de Ombros. Técnica de exame. Anatomia. Patologias do manguito rotador (Síndrome do Impacto). Tendinites calcáreas. Tenosinovite do Bíceps. Luxação e ruptura do Bíceps Bursites. US de Cotovelo. Articulação Rádio-ulnar. Anatomia e técnica de exame Derrames articulares. Corpos livres. Bursite do Olecrano. Epicondilites. Tenossinovites. Síndrome do Túnel do Carpo. Artrite Reumatóide. Ultra sonografia de Quadril. Anatomia e técnica de exame. Derrames articulares. Luxação congênita de quadril. Ultra sonografia de Joelho. Anatomia e técnica de exame. Derrame articular. Massas Popliteas. Tendinites e Bursites. Lesões do menisco. Artrite inflamatória e pigmentar. Corpos livres. Ultra sonografia de Tornozelo. Anatomia e técnica de exame. Derrames. Tendinites de Aquiles e Tenossinovites (Fibulares e Tibial Posterior) e Lesões Ligamentares. Massas Císticas.

Certificado

EURP ESCOLA DE ULTRA-SONOGRAFIA E RECICLAGEM MÉDICA RIBEIRÃO PRETO MAUAD

Certificamos que o

Dr. **Nasser Rodrigues Tannus**

participou da *VI Jornada Internacional em Ultra-sonografia e o V Encontro dos Ex-alunos da EURP no período de 26 a 28 de setembro de 2002,* na qualidade de *Representante Regional*

Ribeirão Preto, 28 de setembro de 2002.

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho
Presidente da Jornada

Prof. Dr. Adilson Cunha Ferreira
Coordenador da Jornada

Instituto GERIR
Fls. 195

TCE 17783

S. E. S.
Fls. 1768

I Encontro das Comissões Regionais da EURP

Programação:

14:00 -14: 20	Apresentação SIADTP-EURP *Prof. Dr. Andres Mejides*
14:20 -14:40	Atual situação da ultra-sonografia no Brasil. *Prof. Dr. Francisco Maiad Filho*
14:40 -15:00	O que são e qual o papel das comissões regionais. *Adilson Cunha Ferreira*
15:00-15:20	Campanha Nacional de Ultra-sonografia no II trimestre da Gestação. Como viabilizá-la ? *Adilson Cunha Ferreira*
15:20-15:40	Telemedicina na EURP *Francisco Maiad Neto*
15:40-16:00	Intercâmbio com outros centros de treinamento/Participação em eventos / Congresso mundial de Ultra-sonografia tridimensional-Cancun agosto 2003 *Prof. Dr. Francisco Maiad Filho/ Dr. Adilson Cunha Ferreira*
16:00-16:20	Sistema de Arquivamento e transmissão de imagens médicas. *Dr. Omar Taha*
16:20-16:40	Informatização e padronização de laudos. Wagner Teixeira
16:40-17:00	Participação plenário
17:00	ENCERRAMENTO

EURP

GOIÁS SECRETARIA DA SAUDE

SIATE SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIAS GOIÁS

CERTIFICADO

Conferimos o presente certificado a

NASSER RODRIGUES TANNUS

Referente a sua participação, como Instrutor, o no Curso de Emergências Médicas Clínicas Traumáticas – Estágio Prático e Teórico, realizado na Faculdade Evangélica de Anápolis, no período de 18 e 19 de outubro de 2003, cumprindo carga horária de 20 horas.

Goiânia, 19 de outubro de 2003.

Ten Cel. Divino Aparecido de Melo
Cmt. do 3º GI

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coordenador do SIATE-GO.

Valter Wosgrau Fagundes
Coordenador do SIATE de Anápolis

Instituto GERIR
Fls. 196

IE 17784

S.E.S.
Fls. 13691
Rubrica

GOIÁS SECRETARIA DA SAÚDE

PROGRAMAÇÃO

EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS:

TEÓRICO:
- Avaliação Inicial do Politraumatizado
- Abordagem das Vias Aéreas + Assistência Ventilatória
- Choque
- Trauma de Tórax
- Trauma de Abdome
- Trauma Cranioencefálico
- Trauma Raquimedular
- Trauma de Extremidades

PRÁTICA:
- Choque
- Vias Aéreas
- Imobilização no Pré-Hospitalar
- TCE
- Triagem
- Organização da Sala de Emergência

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS:

TEÓRICO:
- Reanimação Cardiopulmonar
- Infarto Agudo do Miocárdio
- Desfibrilação Externa Semi-Automática
- Arritmias

PRÁTICA:
- Suporte Básico de Vida
- Manutenção das Vias Aéreas
- Atendimento Universal do Paciente Grave
- START – Simulação de Catástrofes

Certificado

EURP ESCOLA DE ULTRA-SONOGRAFIA E RECICLAGEM MÉDICA RIBEIRÃO PRETO MAUAD

Certificamos que o

Dr. **Nasser Rodrigues Tannus**

participou da *VI Jornada Internacional em Ultra-sonografia e o*

V Encontro dos Ex-alunos da EURP no período de 26 a 28 de setembro

de 2002, na qualidade de *CONGRESSISTA*

Ribeirão Preto, 28 de setembro de 2002.

Instituto GERIR Fls. 197

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho
Presidente da Jornada

Prof. Dr. Adilson Cunha Ferreira
Coordenador da Jornada

S.E.D. Fls. 1770

TCE 1785

IV Jornada Internacional em Ultra-sonografia e I V Encontro dos Ex-alunos da DUSP.
Período de: 26 a 28 de setembro de 2002.

5ª feira	Horário		
26/09/2002	Manhã	Curso Pré-Congresso	
		Doppler em Ginecologia e Obstetrícia	US do Sistema Músculo-esquelético
		Noções Doppler:	Ombro e Punho
		Doppler Ginecológico: Aplicações Clínicas	
		Doppler Obstetrícia: Aplicações Clínicas	
		Coffe Break	Coffe Break
		Tutorial	Tutorial
	Tarde		
		Tópicos Avançados em Ultra-sonografia:	
		Doppler em Medicina Interna	
		Ultra-sonografia Tridimensional	
		O que o Nefrologista espera do exame ultra-sonográfico	
		Doppler no Rim Transplantado	
		Ultra-snm Renal	
		Princípios físicos / software/modalidades de aquisição	
		Ultra-sonografia Tridimensinnal. Por quê?	
		Coffe Break	
		Tutorial	
	Noite	Conferência de Abertura	
		Diagnóstico por Imagem Hoje	
		Coquetel	
6ª feira	Manhã	Conferência: Neurosonografia Fetal	
27/09/2002		Conferência: Importância do Doppler da Artéria Uterina sobre o Perfil Hemodinâmico Fetal	
		Coffe Break	
	Simpósio	Primeiro Trimestre: Marcadores US 1º Trimestre	
		Segundo Trimestre: Quais suas indicações e relevancias	
		Terceiro Trimestre: Desvios de crescimento	
		Quando e Quantos exames em obstetrícia	
		Sessão de Casos Clínicos	
	Tarde	Avaliação dos painéis :	
		Conferência: Estado Atual do Diagnóstico Ecográfico na Patologia Prostatica	
	Simpósio	Tópicos em Ginecologia	
		Critérios de controle da foliculogenese Histeroendosenografia	
		Real situação na avaliação do endométrio	
		Doppler nas neoplasias	
		Conferência: Estudo do coração fetal diagnóstico e terapêutico	
		Tutorial – Medicina Interna	
		Happy Hour	
Sábado	Manhã	Debate Informal : O papel da Ecomastografia	
28/09/2002	Simpósio	Tópicos em Ultra-sonografia Hepática	
		O que o hepatologista espera do US	
		Qual o valor da ultra-sonografia no diagnóstico dos tumores hepáticos	
		Hepatopatias difusas	
		Coffe break	
		Sessão de Casos Clínicos	
		Conferência: Importância da Ecomastografia nos Tumores Malignos	
		Encerramento e Entrega dos Prêmios	

0281

CERTIFICADO

Certificamos que NASSER RODRIGUES TANNUS,
participou do XV Congresso Brasileiro de Saúde das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros, VIII Congresso da Academia Nacional de Saúde das Polícias Militares do Brasil e do I Encontro Nacional de Saúde Mental dos Servidores da Segurança Pública, no período de 24 à 26 de Junho de 2004, na qualidade de PALESTRANTE.

Goiânia, 26 de Junho de 2004.

TC. QOSPM Luiz Humberto Guiotti - CD
Presidente do XV Congresso

Cel. RR QOSPM José dos Santos Moraes – Med
Presidente da ABSPMBM

Maj. QOSPM Miriam Nogueira – Psicóloga
Presidente do I Encontro

Instituto GERIR Fls. 89

POLÍCIA MILITAR

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE DAS POLÍCIAS MILITARES E CORPOS DE BOMBEIROS

TCE 1786

GSE Fls. 1781 Rubrica

Tema : "Mal súbito atendimento pré-hospitalar"

ARQUIVO

GOIÁS SECRETARIA DA SAÚDE

CERTIFICADO

Conferimos o presente certificado a

NASSER RODRIGUES TANNUS

Referente a sua participação no Curso de Emergências Médicas Clínicas e Traumáticas como **instrutor(a)**, *realizado em Porangatu-Go, nos dias 14 e 15 de outubro de 2004, cumprindo carga horária de 20 horas.*

Goiânia, 15 de outubro de 2004.

Maj. Harisson de Abreu Pancieri
Comandante do GRPH

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coordenador Geral do SIATE GO

Dra. Dalzemir de Almeida Montelo
Coordenadora de Enfermagem do SIATE GO

Instituto GERIR

TCE 17877

TEÓRICO:

- Arritmias I
- Atendimento Inicial ao Politraumatizado
- Choque
- Coma
- Crise Hipertensiva
- Infarto Agudo do Miocárdio
- Ressuscitação Cárdiopulmonar (RCP)
- START
- Trauma de abdome
- Trauma de extremidades
- Trauma de tórax
- Traumatismo Crânioencefálico
- Traumatismo Raquimedular

PRÁTICO:

- Arritmias II
- Desfibrilador Externo Automático
- Eletrocardiograma
- Megacode
- Organização da Sala de Emergência
- Pré-Hospitalar
- Rx
- Suporte Básico de Vida (BLS)
- Triagem
- Vias Aéreas

Santa Casa de Misericórdia de Goiânia

MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

Goiânia
O futuro se faz agora

CERTIFICADO

Certificamos que Nasser R. Tannus participou como aluno do curso Regulação Médica. Tema: Regulação Médica das Urgências realizado no SAMU 192 Goiânia, no período de 16/03/2005 a 20/03/2005, com carga horária de 05 horas.

Goiânia, 23 de março de 2005.

Instituto GERIR Fls. 200

Dr Fernando Machado de Araújo
CRM/GO 8527
Coordenador Geral
Santa Casa / SAMU 192

Coordenação Geral
SAMU - 192

Dr. Nasser R. Tannus
Coordenador do NEP
CRM 5687
Santa Casa/SAMU 192

Coordenação NEP
SAMU - 192

Fabrícia Barbosa de Morais
COREN/GO 74593
Coordenadora de Enfermagem
Santa Casa Samu 192

Coordenação de Enfermagem
SAMU - 192

TF 1788

S. M. S. Fls. 1773

Certificado

DR. NASSER TANUS

Certificamos sua participação como palestrante do Módulo III da Educação Médica Continuada - **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**, realizado no dia 30/03/2010.

Tema:
- Atualização do ATLS.

Carga Horária: 3 horas

Instituto GERIR
Fls. 201

Dr. Washington Luís Ferreira Rios
Presidente do Comitê de Educação Cooperativista

Dr. Fernando de Oliveira Resende
Diretor de Recursos e Serviços Próprios II

Dr. Maurício Guilherme Campos Viggiano
Coordenador Geral de Promoção à Saúde

TCE 17489

Praça Gilson Alves de Souza nº 650 - Setor Bueno - Goiânia/GO
Telefone (62) 3216-8000 Fax (62) 3285-2888
www.unimedgoiania.com.br

Unimed Goiânia

Fls. 1774

A BRIGADA DE OPERAÇÕES ESPECIAIS

Oferece o presente

Certificado de Agradecimento

ao

DR. NASSER RODRIGUES TANNUS

Em reconhecimento ao apoio prestado à Brigada de Operações Especiais, durante a realização do 1° Curso de Capacitação dos Profissionais de Saúde do Exército da Guarnição de Goiânia.

Goiânia, 29 de julho de 2010.

Jorge Antônio Peixoto Donato - Ten Cel Med
Chefe do Posto Médico da Guarnição de Goiânia

Instituto GERIR
Fls. 202

TCE 1790

S.E.S.
Fls. 135

XVIII Congresso da Sociedade Brasileira de HIPERTENSÃO

Realização SBH Sociedade Brasileira de Hipertensão

CERTIFICADO

Certificamos que

NASSER RODRIGUES TANNUS

participou do **XVIII Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão,** realizado no período de 5 a 7 de agosto de 2010, no Centro de Convenções de Goiânia, em Goiânia-GO.

Carga horária: 26 horas

Instituto GEFIK Fls. 223

Goiânia, 07 de agosto de 2010

TCE 1791

Dr. Fernando Nobre
Presidente da Sociedade Brasileira de Hipertensão

Dr. Sérgio Baiocchi Carneiro
Presidente do XVIII Congresso da SBH

Dr. Artur Beltrame Ribeiro
Presidente da Com. Científica Nacional

Dr. Paulo Cesar Veiga Jardim
Presidente da Com. Científica do XVIII Cong. SBH

S. E. S. Fls. 1776

nabua

CERTIFICADO

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
BRIGADA DE OPERAÇÕES ESPECIAIS
POSTO MÉDICO GU/GNA

Certificamos que o Dr. NASSER RODRIGUES TANNUS, atuou como ministrador do **" 1° CURSO DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO EXERCITO DA GUARNIÇÃO DE GOIÂNIA"**, realizado no centro de treinamento do PMGU/Gna.

Goiânia-GO, 29 de julho de 2010

JORGE ANTÔNIO PEIXOTO DONATO – Ten Cel Med
Chefe do PMGU/Gna

Instituto GERIR
Fls. 214

FÉ 1792

JORNADA GOIANA DE
NEUROTRAUMATOLOGIA

CERTIFICADO

Certificamos que,

NASSER RODRIGUES TANNUS

participou da **JORNADA GOIANA DE NEUROTRAUMATOLOGIA**, realizada nos dias 13 e 14 agosto de 2010, no Auditório Valéria Perillo - CRER, em Goiânia - Goiás, na qualidade de **Palestrante, *Atendimento pré-hospitalar ao trauma em Goiás.***

Goiânia, 14 de agosto de 2010.

Instituto GERIR
Fls. 205

Paulo Ronaldo Jubé Ribeiro
Presidente da SGN

Anibal Cintra Neto
Diretor científico da SGN

S. E. G.
Fls. 1778

TCE 1793

REALIZAÇÃO | APOIO INSTITUCIONAL | PATROCÍNIO

Unimed Goiânia

JORNADA GOIANA DE NEUROTRAUMATOLOGIA

CERTIFICADO

Certificamos que,

NASSER RODRIGUES TANNUS

participou da **JORNADA GOIANA DE NEUROTRAUMATOLOGIA**, realizada nos dias 13 e 14 agosto de 2010, no Auditório Valéria Perillo - CRER, em Goiânia - Goiás.

Goiânia, 14 de agosto de 2010.

Carga Horária: 10h

Instituto CERIR
Fls. 206

Paulo Ronaldo Jubé Ribeiro
Presidente da SGN

Anibal Cintra Neto
Diretor científico da SGN

TJE 1794

REALIZAÇÃO | APOIO INSTITUCIONAL | PATROCÍNIO

Unimed Goiânia

CURSO SAVIC
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NA
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

CERTIFICADO

Certificamos que

Nasser Rodrigues Tannús

participou do **Curso SAVIC – Suporte Avançado de Vida na Insuficiência Cardíaca,** realizado no dia 02 de outubro de 2011, no Castro's Park Hotel, na cidade de Goiânia, estado de Goiás, na qualidade de **Congressista**.

Carga Horária: 8 horas

Goiânia, 02 de outubro de 2011

Dr. Antonio Carlos Pereira Barreto
Diretor do Serviço de Prev. e Reab. Cardiovascular - Incor / FMUSP

Dr. Manoel Fernandes Canesin
Diretor do C.T. de Emergências Cardiovasculares HUTEC/UEL

Dr. Mucio Tavares de Oliveira Jr.
Diretor da Unidade de Emergência do Incor / FMUSP

Instituto GERIR
Fls. 207

REALIZAÇÃO SBC/GO

APOIO Abbott

S. E. S.
Fls. 1780
TCE 1795

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CREMEGO

CERTIFICADO

Certificamos que **DR. NASSER RODRIGUES TANNUS,** *participou do* **CURSO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM TRAUMA E CLÍNICA** - *Teórico Prático, realizado nos dias 16 e 17 de setembro de 2006 na cidade Goiânia/GO, na qualidade de* **Palestrante,** *com o tema:* ***Emergências Neurológicas.***

Dr. Iliam Cardoso dos Santos
Presidente do CREMEGO

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coordenador do SIATE/GO

TCE 1796

Instituto GERIR
Fls.

S. E. S.
Fls. 1781

TEÓRICO:

- Organização SIATE/SAMU
- Ética na Emergência
- Arritmias I e II
- Dor Torácica
- Eletrocardiograma
- Atendimento Inicial ao Politraumatizado
- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
- Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)
- START
- Trauma de Abdome
- Trauma de Extremidades
- Trauma de Tórax
- Traumatismo Cranioencefálico (TCE)
- Traumatismo Raquimedular (TRM)
- Choque
- Transporte de Paciente Grave
- Triagem

PRÁTICO:

- Atendimento Pré-Hospitalar
- Desfibrilador Externo Semi-Automático (DESA)
- Suporte Básico de Vida (BLS)
- Raios X
- Vias Aéreas
- Aula de retirada do capacete com giro para prancha
- Aula de retirada rápida de veículo com colar e prancha
- Aula de uso do KED com colar

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CREMEGO

CERTIFICADO

Certificamos que **DR. NASSER RODRIGUES TANNUS,** *participou do* **CURSO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM TRAUMA E CLÍNICA** - *Teórico Prático, realizado nos dias 10 e 11 de junho de 2006 na cidade de Goiânia/GO, na qualidade de* **Palestrante,** *com os temas:* ***Trauma de Abdome e Trauma de Tórax.***

Dr. Iliam Cardoso dos Santos
Presidente do CREMEGO

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coordenador do SIATE/GO

Instituto GERIR
Fls. 109

TCE 1797

S. E. S. Fls. 1782

TEÓRICO:

- Ética na Emergência
- Arritmias I
- Atendimento Inicial ao Politraumatizado
- Choque
- Coma
- Crise Hipertensiva
- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
- Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)
- START
- Trauma de Abdome
- Trauma de Extremidades
- Trauma de Tórax
- Traumatismo Cranioencefálico (TCE)
- Traumatismo Raquimedular (TRM)

PRÁTICO:

- Arritmias II
- Atendimento Pré-Hospitalar
- Desfibrilador Externo Semi-Automático (DESA)
- Eletrocardiograma
- Megacode I
- Megacode II
- Organização da Sala de Emergência
- Raios X
- Suporte Básico de Vida (BLS)
- Transporte do Paciente Grave
- Triagem
- Vias Aéreas
- Aula de retirada do capacete com giro para prancha
- Aula de retirada rápida de veículo com colar e prancha
- Aula de uso do KED com colar

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CREMEGO

CERTIFICADO

Certificamos que **DR. NASSER RODRIGUES TANNUS** *participou do* **CURSO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM TRAUMA E CLÍNICA** - *Teórico Prático, realizado nos dias 28 e 29 de janeiro de 2006 na cidade Goiânia/GO, na qualidade de* **Palestrante,** *com os temas:* ***Choque e Triagem.***

Dr. Iliam Cardoso dos Santos
Presidente do CREMEGO

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coordenador do SIATE/GO

Instituto GER
Fls. 210

TE 1798

S. E. S.
Fls. 1783

TEÓRICO:

- Ética na Emergência
- Arritmias I
- Atendimento Inicial ao Politraumatizado
- Choque
- Coma
- Crise Hipertensiva
- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
- Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)
- START
- Trauma de Abdome
- Trauma de Extremidades
- Trauma de Tórax
- Traumatismo Cranioencefálico (TCE)
- Traumatismo Raquimedular (TRM)

PRÁTICO:

- Arritmias II
- Atendimento Pré-Hospitalar
- Desfibrilador Externo Semi-Automático (DESA)
- Eletrocardiograma
- Megacode I
- Megacode II
- Organização da Sala de Emergência
- Raios X
- Suporte Básico de Vida (BLS)
- Transporte do Paciente Grave
- Triagem
- Vias Aéreas
- Aula de retirada do capacete com giro para prancha
- Aula de retirada rápida de veículo com colar e prancha
- Aula de uso do KED com colar

...GIONAL DE MEDICINA
...STADO DE GOIÁS

CREMEGO

CERTIFICADO

Certificamos que **Dr. Nasser Rodrigues Tannus** *participou do* **CURSO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM TRAUMA E CLÍNICA** - *Teórico Prático, realizado nos dias 24 e 25 de setembro de 2005 na cidade de Goiânia/GO, na qualidade de* **Palestrante**, *com o tema:* **Triagem.**

Dr. Iliam Cardoso dos Santos

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coordenador do SIATE/GO

TE 1799

Instituto GE...R
Fls. 211

S.E.G.
Fls. 4784

TEÓRICO:

- Ética na Emergência
- Arritmias I
- Atendimento Inicial ao Politraumatizado
- Choque
- Coma
- Crise Hipertensiva
- Infarto Agudo do Miocárdio
- Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)
- START
- Trauma de Abdome
- Trauma de Extremidades
- Trauma de Tórax
- Traumatismo Cranioencefálico (TCE)
- Traumatismo Raquimedular (TRM)

PRÁTICO:

- Arritmias II
- Atendimento Pré-Hospitalar
- Desfibrilador Externo Semi-Automático (DESA)
- Eletrocardiograma
- Megacode I
- Megacode II
- Organização da Sala de Emergência
- Raios X
- Suporte Básico de Vida (BLS)
- Transporte do Paciente Grave
- Triagem
- Vias Aéreas
- Aula de retirada do capacete com giro para prancha
- Aula de retirada rápida de colar e prancha
- Aula de uso do KED com colar

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CREMEGO

CERTIFICADO

Certificamos que **DR. NASSER RODRIGUES TANNUS,** *participou do* **CURSO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM TRAUMA E CLÍNICA** *- Teórico Prático, realizado nos dias 07 e 08 de outubro de 2006 na cidade Goiânia/GO, cumprindo a carga horária de 20 horas.*

Dr. Iliam Cardoso dos Santos
Presidente do CREMEGO

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coordenador do SIATE/GO

ICE 1800

Instituto CE
Fls. 212

S. E. S.
Fls. 1785

TEÓRICO:

- Organização SIATE/SAMU
- Ética na Emergência
- Arritmias I e II
- Dor Torácica
- Eletrocardiograma
- Atendimento Inicial ao Politraumatizado
- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
- Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)
- START
- Trauma de Abdome
- Trauma de Extremidades
- Trauma de Tórax
- Traumatismo Cranioencefálico (TCE)
- Traumatismo Raquimedular (TRM)
- Choque
- Transporte de Paciente Grave
- Triagem

PRÁTICO:

- Atendimento Pré-Hospitalar
- Desfibrilador Externo Semi-Automático (DESA)
- Suporte Básico de Vida (BLS)
- Raios X
- Vias Aéreas
- Aula de retirada do capacete com giro para prancha
- Aula de retirada rápida de veículo com colar e prancha
- Aula de uso do KED com colar

...GIONAL DE MEDICINA
...ESTADO DE GOIÁS

CREMEGO

CERTIFICADO

Certificamos que **Dr. Nasser Rodrigues Tannus** *participou do* **CURSO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM TRAUMA E CLÍNICA** - *Teórico Prático, realizado nos dias 27 e 28 de agosto de 2005 na cidade de Ceres/GO, na qualidade de* **Palestrante**, *com o tema:* **Vias Aéreas, RCP e Triagem.**

Dr. Iliam Cardoso dos Santos
Presidente do CREMEGO

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coordenador do SIATE/GO

Instituto GERO
Fls. 213

TCE 1801

3 T. C.
Fls. 1786

SUS
Sistema Único de Saúde

SES
SECRETARIA DA SAÚDE

GOIÁS
Um Estado melhor a cada dia

Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde

CERTIFICADO

Certificamos que

Nasser R. Tannus

participou da ***1ª OFICINA DE REGULAÇÃO E URGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA***, realizada no dia 02 de junho de 2005, no Auditório do IPASGO "Cliber José Rodrigues".

Goiânia, 02 de junho de 2005.

Instituto GERIR
Fls. 214

Silvio Divino de Melo
Superintendente

Fausto Jaime
Gerente de Regulação e Avaliação

TCE 1802

Realização: FÉRTILE DIAGNÓSTICOS

Patrocínio: Ra Equipamentos de Ultra-som Multimarcas

Apoio: SBUS Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia

XI CONGRESSO TEÓRICO-PRÁTICO DE ULTRA-SONOGRAFIA
II SIMPÓSIO DE VIDEOCOLPOSCOPIA E LEEP + AVANÇOS EM CIRURGIA VAGINAL

10 a 13 de Março de 2005

CDL - Câmara dos Dirigentes Lojistas

Certificado

Certificamos que NASSER RODRIGUES TANNUS,
participou do XI CONGRESSO TEÓRICO PRÁTICO DE ULTRASONOGRAFIA
na qualidade de CONGRESSISTA

Goiânia, 13 de março de 2005

Instituto GERIR Fls. 215

Waldemar Naves do Amaral
Coordenador

Walter Pereira Borges
Presidente do Centro de Estudos

TCE 1803

S. E. C. Fls. 1788

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO
SAMU- SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

CERTIFICADO

Certifico que Nasser Rodrigues Tannus participou como aluno da Capacitação em Atendimento Pré-hospitalar, ministrado pelo SAMU – POA, no período de 23 a 25 de julho de 2004, realizado em Goiânia, com carga horária de 20 horas/aula.

Rosane Mortari Ciconet
Gerente do SAMU –POA

Roberta Rigo Dalcin
Responsável Técnica Médica

Instituto GERIR
Fls. 216

1804

VI Jornada Médica de Jataí - Goiás
I Jornada da Clínica e Maternidade Santa Clara

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS
REGIONAL DE JATAÍ

CERTIFICADO

Certificamos que **Dr. NASSER RODRIGUES TANNUS** participou

VI Jornada Médica de Jataí e I Jornada da Clínica e Maternidade Santa Clara, na qualidade de

Palestrante do Tema: ATENDIMENTO HOSPITALAR AO POLITRAUMATIZADO.

Jataí-GO, 27 / março / 20 04.

Dr. Elio Caetano de Assis
Presidente Comissão Organizadora

Drª. Rosane Gouveia Vilela
Coord. Científica

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coord. do Siate

Instituto GERIR
Fls. 217

S. E. S.
Fls. 1190
Rubrica

1805

VI Jornada Médica de Jataí - Goiás
I Jornada da Clínica e Maternidade Santa Clara

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS
REGIONAL DE JATAÍ

CERTIFICADO

Certificamos que **Dr. NASSER RODRIGUES TANNUS** participou

VI Jornada Médica de Jataí e I Jornada da Clínica e Maternidade Santa Clara, na qualidade de

Palestrante do Tema: Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE-SAMU).

Jataí-GO, 26 / março / 20 04.

Dr. Élio Caetano de Assis
Presidente Comissão Organizadora

Drª. Rosane Gouveia Vilela
Coord. Científica

Dr. Ciro Ricardo Pires de Castro
Coord. do Siate

Instituto GERIR
Fls. 218

TCE 1806

VI Jornada Médica de Jataí - Goiás
I Jornada da Clínica e Maternidade Santa Clara

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS
REGIONAL DE JATAÍ

CERTIFICADO

Certificamos que **Dr. NASSER RODRIGUES TANNUS** participou

VI Jornada Médica de Jataí e I Jornada da Clínica e Maternidade Santa Clara, na qualidade de

Palestrante do Tema: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ÀS EMERGÊNCIAS CLÍNICAS.

Jataí-GO, 27 / março / 20 04.

Instituto GERIR
Fls. 219

Dr. Élio Caetano de Assis
Presidente Comissão Organizadora

Drª. Rosane Gouveia Vilela
Coord. Científica

Dr. Cino Ricardo Pires de Castro
Coord. do Siate

TCE 1807
S.E.S.
Fls. 1196

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DO HOSPITAL SANTA HELENA - HSHCEPE

IV SIMPÓSIO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

DO HOSPITAL SANTA HELENA DE GOIÂNIA-GO

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE Nasser Tannus

PARTICIPOU DO IV SIMPÓSIO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO HOSPITAL SANTA HELENA, REALIZADO NO PERÍODO DE 22 A 24 DE OUTUBRO DE 1998 NO CENTRO DE CONVENÇÕES DO CASTRO'S PARK HOTEL NA QUALIDADE DE *COMISSÃO CIENTÍFICA*

Dr. Carlos Duarte
(Presidente do Congresso)

Dr. Celmo Celeno Porto
(Presidente do Centro de Estudos e Pesquisas)

Profª Adelisia Lopes Neves
(Assessora Científica do CEPE-HSH)

Instituto GERIR
Fls. 220

FF 1808

Femlane

S. E. S.
Fls: 1794
6
Rubrica

ESCOLA DE ULTRA-SONOGRAFIA
E RECICLAGEM MÉDICA
RIBEIRÃO PRETO

Mauad

IC 1809

C E R T I F I C A D O

Certificamos que **NASSER RODRIGUES TANNUS**

participou da **"IV JORNADA DE ATUALIZAÇÃO EM ULTRA-SONOGRAFIA e o III ENCONTRO DOS EX-ALUNOS"**, promovida pela Escola de Ultra-Sonografia e Reciclagem Médica Ribeirão Preto, no período de 12 à 15 de agosto de 1998, na qualidade de **Participante**

Ribeirão Preto, 15 agosto de 1998

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho

Instituto GERIR
Fls. 221

S. E. S.
Fls. 1795
6

SOMMA

CENTRO AVANÇADO EM DIAGNÓSTICOS
E RECICLAGEM MÉDICA

TCE 1810

CERTIFICADO

conferido ao

Dr. Nasser Rodrigues Tannus

Por sua participação na Iª Jornada Goiana de Ecocardiografia Fetal (Ultra-Som do Coração Fetal) no período de 17 e 18/10/97 no Hotel Papillon na qualidade de membro efetivo

Goiânia, 18 de Outubro de 1997

Dr. Antônio Guilherme Naves

Dra. Lilian M. Lopes

Dr. Marcos Augusto Filisbino

Instituto GERIR
Fls. 222

III SIMPÓSIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL SANTA HELENA

S. E. S.
Fls. 1796
RUBRICA

TCE 1811

CERTIFICADO

Certificamos que **Nasser T. Tannnus**

participou do III SIMPÓSIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL SANTA HELENA, no período de 09 a 11 de outubro de 1997 na qualidade **Presidente da Conferência:**

"Avaliação da Maturidade e Vitalidade Fetal".

Cláudio Alves da Costo
ORGANIZADOR

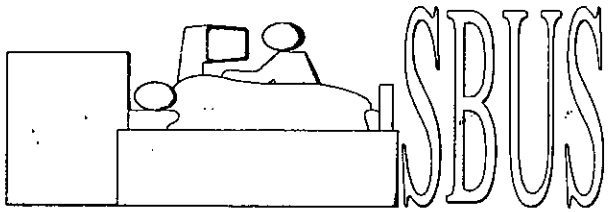
Gilberto Matos Filho
ORGANIZADOR

marjan farma

TAK L
Tioconazol e Tinidazol

Instituto GERIR
Fls. 223

Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia



Certificado

A Sociedade Brasileira de Ultra-Sonografia, de acordo com os seus estatutos,

confere a(o) Sr(a). Dr(a). NASSAR RODRIGUES TANNUS

o certificado de SÓCIO TÍTULAR *desta sociedade.*

São Paulo, 08 *de* ABRIL *de 199*4

Instituto GERIR
Fls. 224

Presidente

Vice-Presidente

Secretário

Tesoureiro

TCE 1812
S. E. S.
Fls. 1191

GERIR

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE
Rua 89 Qd F29 Lt 58 s/n
74093-140 Setor Sul Goiânia GO
www.gerir.org.br

S. E. S.
Fls: 1798

DECLARAÇÃO

TCE 1813

O **Instituto GERIR,** portador do **CNPJ 14.963.977/0001-19,**declara a indicação do Dr. **José Joaquim Gomide Neto**, Especialista em **Ortopedia e Traumatologia**, para a **Diretoria Técnica** do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN,** conforme **Chamamento Público nº 003/2013.**

As certificações requeridas se encontram anexadas.

Goiânia, 08 de dezembro de 2013.

6º TABELIONATO

Dr. José Joaquim Gomide Neto
CRM-GO 6024

1º Tab.

Eduardo Reche de Souza
Presidente - Instituto GERIR

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA
Av. República do Líbano, esq. c/ Rua 14-22 - Setor Oeste - CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62)
0208130816133102307237 9 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança a assinatura de JOSÉ JOAQUIM GOMIDE NETO (24624), analoga, a do nosso arquivo. dou fé. Goiânia, 12 de dezembro de 2013. Em Test° da Verdade - Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

Tabelionato de Notas de Goiânia
Oficiala Escrevente

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura de
467636 - EDUARDO RECHE DE SOUZA
analoga a de meu arquivo. Dou Fé
Goiânia/GO - 12/12/2013 15:21:27 - U: 46
Selo Eletronico - 02011311011229023030174
Em Testemunho da Verdade
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

Instituto GERIR
Fls. 224

TCE 1814

CURRICULUM VITAE

S. E. S.
Fls: 1799
6
Rubrica

SUMÁRIO

01-DADOS PESSOAIS.....2

02-GRADUAÇÃO.....3

03-DADOS PROFISSIONAIS.....4

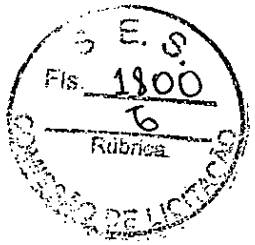
04-CURSOS/ ESTÁGIOS DE APERFEIÇOAMENTO.....5

05-TRABALHOS E PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS.....6

06-REFERÊNCIAS.....7

Instituto GERIR
Fls. 225

CURRICULUM VITAE



TCE 1815

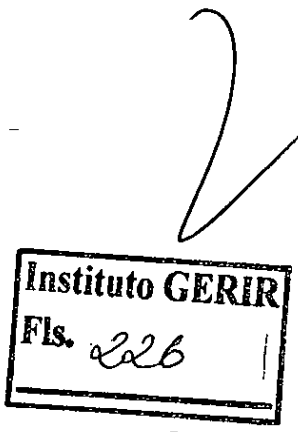
01-DADOS PESSOAIS

Identificação

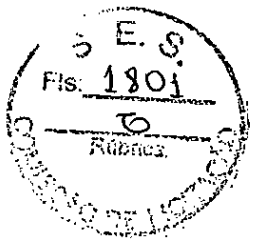
Nome:	José Joaquim Gomide neto
Data de nascimento:	11/04/62
Estado civil:	Casado
Profissão:	Médico (Ortopedista)
Nacionalidade:	Brasileira
Endereço:	Rua j-21 Qd 42 Lt 12- Setor Jaó-Goiânia-GO

Documentação

Carteira de identidade:	nº 10.764.648
Órgão expedidor:	SSP/SP
CPF:	nº 028.879.698-54
Órgão expedidor:	Secretaria Segurança pública- SP
Título de eleitor:	nº 17.315.910-90
Zona: 2ª e Seção: 31ª	
Carteira de trabalho:	nº 87695
Série:	909
Órgão Expedidor:	Delegacia Regional do Trabalho- São Paulo-SP
CRM:	n º 6024
Cidade/ Estado:	Goiânia-Go
Data de Inscrição:	28/02/91
Carteira Profissional de Médico: CRM/GO	nº 3451

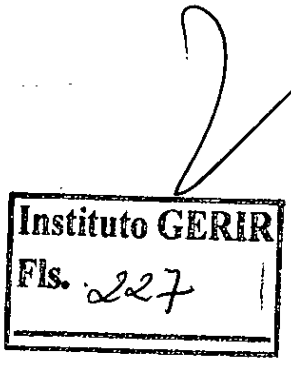


02-GRADUAÇÃO



Instituição: Universidade Federal de Goiás
Curso: Medicina
Cidade-Estado: Goiânia-GO
Período: 1985 á 1990

Curso: Pós-Graduação
Instituição: Universidade Federal de Goiás/ Hospital das Clínicas/ Faculdade de Medicina
Especialização: Ortopedia/ Traumatologia
Cidade/ Estado: Goiânia- GO
Período: 1991 á 1994



CURRICULUM VITAE

S. E. G.
Fls. 1802
6
Rubrica

03-DADOS PROFISSIONAIS

- Membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia desde fevereiro de 1994.

-Título de Especialização em Ortopedia e Traumatologia fornecido pelo Conselho Federal de Medicina- Abril de 1994.

TCE 1817

-Membro do Corpo Clínico do hospital de Urgências de Goiânia desde dezembro de 1992. Serviço de Ortopedia e Traumatologia.

-Membro do Corpo Clínico do Hospital São Judas Tadeu Ltda.
Serviço de Ortopedia e Traumatologia-Goiânia-GO

-Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Urgências De Goiânia desde 01/11/2005.

-Coordenador do Módulo cirurgia do joelho da residência médica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Urgência de Goiânia.

-Membro do corpo clínico do Instituto de Neurologia de Goiânia- Serviço de Ortopedia e Traumatologia.

-Membro do corpo clínico da Unimed Goiânia desde janeiro de 2010.

- Membro do Corpo clínico da Ortoclinica Bueno-Goiânia-Go.
Ortopedia e Traumatologia.

Instituto GERIR
Fls. 228

TJE 1818

S. E. S.
Fls. 1803
6
Rubrica

04-CURSOS/ESTÁGIOS DE APERFEIÇOAMENTO

Instituição: Clínica do Esporte-Goiânia-GO
Estágio: Cirurgia de Joelho
Período: Janeiro á Julho de 2001.

Instituição: Universidade de São Paulo/Instituto de ortopedia e Traumatologia (I.O.T) da faculdade de medicina.
Especialização: Cirurgia de joelho
Cidade/Estado: São Paulo-SP
Período: Agosto á Outubro de 2001

Instituto GERIR
Fls. 229

CURRICULUM VITAE

S. E. S.
Fls: 1804
96
Rubrica

05-TRABALHOS E PUBLICAÇOES CIENTÍFICAS

TCE 1819

Coalizões Talocalcaneana e Calcaneonavicular
Publicação: Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Local: Revista (Volume) n 29
Data: Julho de 1994

Instituto GERIR
Fls. 230

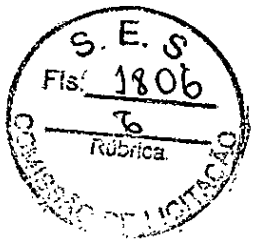
S. E. S.
Fls: 1805
6
Rubrica
TCE 1820

06-REFERÊNCIAS

- Instituto de Neurologia de Goiânia.
-Hospital São Judas Tadeu.
-Unimed Goiânia.
-Banco Santander.

Instituto GERIR
Fls. 231

TCE 1821



Conselho Federal de Medicina

CERTIFICADO

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 - Lt 192 / 194
Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74093-325
FONE: 62 3223-1914
AUTENTICAÇÃO
C20513080917200260511130
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testº da Verdade Goiânia-GO, 04 de dezembro de 2013 cs232239
Danielle de Sousa Oliveira Escrevente

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CREMEGO. de acordo com a Resolução CFM nºs 1286 e 1288/89 certifica que registrou no livro nº 004 *às folhas* 1722 *sob o nº* 1722

a qualificação do Médico JOSÉ JOAQUIM GOMIDE NETO - CRM 6024

na especialidade de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Goiânia (GO), 19 *de* abril *de* 1994.

Dr. NELCIVONE SOARES DE MELO
PRESIDENTE

Dra. ANA MARIA DE OLIVEIRA
SECRETÁRIO

TCE 1822

INSTITUTO GERIR
Fls. 233

S.E.S. Fls. 1901

TCE 1823

S. E. S.
Fls: 1808
6
Rubrica

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

O REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de **MEDICINA** no ano letivo de **1990**, confere o título de

MÉDICO

a

José Joaquim Gomide Neto

brasileiro, nascido a 11 de abril de 1962, em
Nova Aurora – Goiás,
cédula de identidade n.º 10.764.648 – SSP – SP

e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 04 de fevereiro de 1991

— Reitor Prof. Ricardo Freire Bufaiçal
Reitor

Instituto GERIR
Fls. 234

— Diplomado —

ESTA DE ACORDO
DE 31 / 01 / 91

Curso reconhecido pelo
Decreto n. 62.375 de 11/03/68
(D.C.U. 14/03/68)

Divisão de Registro Acadêmico — DAA

Controle N.o 1.822 Livro 7-12 Fls. 325

Cristina Fátima Rodrigues
Chefe da Seção de Expedição e Registro de Diplomas

MEC - Universidade Federal de Goiás

DIPLOMA registrado sob o N.o 2.672

Livro 8 - M Fls. 57-V

Processo 053748/90-43

Em 7 de fevereiro de 19 91

Eliana Maria França Carneiro
Diretor do Departamento de Assuntos Acadêmicos

CONFERE
EM 07 fevereiro - 91
Dirce Maria Magalhães
Diretora do DRA-DAA-UFG

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE GOIÁS - CREMEGO
Registrado sob n.o 6029
Às fls. 0073 do livro n.o 12
Em 25 de fevereiro de 19 91

Dr. Edson Nunes Vieira
Presidente do CREMEGO

8.o Tab, Ana F. S. Finotti
AUTENTICAÇÃO
Confere com orioginal Dou fé
Em test.o ___ da verdade
Goiânia, 18/10/1994
Ana F. S. Finotti

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

S.E.S. Fls: 1809 Rubrica

Sede e Secretaria Geral:
Alameda Lorena, 1304 - Sl. 1712/13
01424-001 - São Paulo - SP
Fone: (011) 883-0575
Fax: (011) 280-6549

Presidência:
Av. Santo Amaro, 5350
04702-000 - São Paulo - SP
Fone: (011) 542-1313
Fax: (011) 542-1799

TCE 1824

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos para os devidos fins que, o DR.JOSE JOAQUIM GOMIDE NETO . . foi aprovado como MEMBRO TITULAR, no exame realizado pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, em 06/02/94 na cidade de Campinas-SP, para obtenção do TITULO DE ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, conferido pela Associação Médica Brasileira e SBOT, o qual está sendo providenciado.

São Paulo, de de 1994.

CARTÓRIO F. TAVEIRA
4º. C. R. CIVIL
RUA 1 Nº. 45 - CENTRO - GOIÂNIA-GO
Bel. Francisco F. Taveira - OFICIAL
15 MAR 1994
A presente cópia CONFERE com o original apresentado.

Instituto GERIR
Fls. 235

Dr.Gilberto Luiz Camanho
Secretário Geral-SBOT.

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

S.E.S. Fls: 1810

Entre a empresa INSTITUTO DE GESTAO EM SAUDE - IGES com sede na OITENTA E NOVE, 526, cidade de GOIANIA, doravante designada EMPREGADORA e JOSE JOAQUIM GOMIDE NETO portador da Carteira Profissional No. 87695, série 609 a seguir chamado apenas EMPREGADO, é celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá a vigência a partir da data de início da prestação de serviços, de acordo com as condições especificadas a seguir:

TCE 1825

1 - Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para as funções de MEDICO ORTOPEDISTA com remuneração de R$ 5.576,00 (cinco mil quinhentos e setenta e seis reais) por mês. A circunstância, porém, de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço, no qual demonstre melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2 - O prazo do presente Contrato será de 45 dias, podendo ser prorrogado obedecendo o disposto no Parágrafo Único do art. 445 da CLT. Após tal prazo, continuando a prestação do serviço este contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

3 - Opera-se a rescisão do presente Contrato pela decorrência do prazo supra ou por vontade de uma das partes; rescindindo-se por vontade do EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, nenhuma indenização é devida; rescindindo-se, antes do prazo, pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar 50% dos salários devidos até o final (metade do tempo combinado restante), nos termos do artigo 479 da C.L.T., com a alteração introduzida pelo Decreto-Lei Nr. 229, de 28 de Fevereiro de 1967, sem prejuizo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam a presente em Contrato em duas vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

GOIANIA, 01 de Maio de 2013.

Gisele M. Mendonça
EMPREGADORA
Instituto de Gestão em Saúde-IGES

.....
EMPREGADO

T E R M O D E P R O R R O G A Ç Ã O

Por mutuo acordo entre as partes, fica o presente contrato, que deveria vencer nesta data prorrogado até ..../..../.....

.....G.7....., 11.. de .J.U.N.H.O... de .2.0.1.3..

Gisele M. Mendonça
EMPREGADORA
Instituto de Gestão em Saúde-IGES

.....
EMPREGADO

Instituto GERIR
Fls. 236

DECLARAÇÃO DE RENÚNCIA DO VALE TRANSPORTE

S. E. S.
Fls: 1811
Rubrica

TCE 1826

A
INSTITUTO DE GESTAO EM SAUDE - IGES
OITENTA E NOVE, SETOR SUL, GOIANIA - GO
CNPJ: 14.963.977/0001-19

Eu, JOSE JOAQUIM GOMIDE NETO, portador da CTPS N°: 87695, série 609, empregado de INSTITUTO DE GESTAO EM SAUDE - IGES, admitido em: 01 de Maio de 2013, Declaro que não vou utilizar o benefício do "Vale Transporte", desde já isentando esta empresa do pagamento deste benefício.

GOIANIA, 01 de Maio de 2013.

.....

JOSE JOAQUIM GOMIDE NETO
CPF: 028.879.698-54
J 21 QD 42 LT 12, 1
GOIANIA - GO

Instituto GERIR
Fls. 237

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(CONCESSÃO DE SALÁRIO FAMÍLIA - PORTARIA No. MPAS - 3.040/82)

S.E.S. Fls: 1912 Rubrica

TCE 1827

EMPRESA.....: INSTITUTO DE GESTAO EM SAUDE - IGES
MATRICULA.....: 14.963.977/0001-19

NOME DO SEGURADO.....: JOSE JOAQUIM GOMIDE NETO

CARTEIRA PROFISSIONAL.: 87695 - 609

Nome do Filho	Data de Nascimento
VITOR COSTA GOMIDE	21/02/2000

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinam a perda do direito ao salário-família.

- ÓBITO DE FILHO;
- CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO.
- SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM (casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder).

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, alem de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamentes, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal a à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Constituição das Leis do Trabalho.

GOIANIA, 01 de Maio de 2013.

JOSE JOAQUIM GOMIDE NETO

Impressão Digital

Instituto GERIR Fls. 238

GERIR

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE
Rua 89 Qd F29 Lt 58 s/n
74093-140 Setor Sul Goiânia GO
www.gerir.org.br

S. E. S.
Fls: 1813
Rúbrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1828

DECLARAÇÃO

O **Instituto GERIR,** portador do **CNPJ 14.963.977/0001-19,** declara a indicação de Sra. **Solange Luciano Coimbra**, **Especialista em Políticas de Saúde e Administração de Serviços de Saúde**, para a **Diretoria Administrativa e Financeira** do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN,** conforme **Chamamento Público nº 003/2013.**

As certificações requeridas se encontram anexadas.

Goiânia, 08 de dezembro de 2013.

Solange Luciano Coimbra
CRESS/GO 736

Eduardo Reche de Souza
Presidente - Instituto GERIR

1º tab.

Instituto GERIR
Fls. 239

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO

4. TABELIONATO DE NOTAS
RUA 9 N. 1155, Ed. Aton - Terreo - Oeste
GOIANIA - GO

Reconheco por semelhanca a(s) assinatura(s) Retro-assinada(s) de:
ELIOSXYROJ-SYLANGE LUCIANO COIMBRA... MIRANDA.....
Posto que analogia a(s) constante(s) dos arquivos deste Tabelionato.

Dou fe. Em Testemunho da Verdade.
Goiania-GO, 17 de Dezembro de 2013

DANUBIA SILVERIO DE OLIVEIRA
ESCREVENTE

Selo Digital n
02041304081452023129109.
Confirme a Autenticidade do selo no site:
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
16:16:34

Solange Luciano Coimbra Miranda

S. E. S.
Fls: 1814
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Endereço: Rua 9 nº 940 Ed. Nhanhá do Couto Setor Oeste – Goiânia/GO 74110-100
Telefone: 62- 34321323 62.99654030
E-mail: solcmiranda@hotmail.com

TCE 1829

Idade: 49 anos
Estado Civil: Casada

Formação

Graduação: Serviço Social – PUC Goiás
Conclusão em 1985
Pós Graduação: Especialização em "Políticas de Saúde e Administração de Serviços de Saúde" – UNICAMP/UFG. -1987

Contrato atual:

Cargo: Assistente Social - Secretaria de Estado da Saúde – GO, vínculo efetivo
30 horas semanais

Principais experiências/área de atuação

- Hospital Geral de Goiânia

Função: Coordenadora da Seção de Planejamento e Qualidade
Principais responsabilidades: Planos de Ação Setoriais, Acompanhamento de Contrato de Gestão, Mapeamento de processos, Fluxogramas, Pesquisas de Satisfação dos Usuários, Programa de Humanização, Procedimentos Operacionais Padrão, Indicadores Hospitalares, Assessoria da Diretoria;

- Gabinete do Secretário da Saúde - SES/GO

Função: Assessora de Gabinete
Principais responsabilidades: Assessoria de Gabinete, Acompanhamento de Processos, Atendimento ao Público;

- Superintendência de Planejamento SES/GO

Função: Assessoria
Principais responsabilidades: Implantação do Sistema de Custos Hospitalares WinSIG da Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS;

- Fundação de Apoio às Ações de Saúde – FUNSAÚDE/GO

Função: Técnica de Recursos Humanos

Instituto GERIR
Fls. 240

S. E. S. Fls. 1815 Rubr.

Principais responsabilidades: Desenvolvimento e Adequação de Pessoas, Capacitação

- Superintendência de Ações Básicas de Saúde/SABS, atualmente Superintendência de Políticas de Ações Integrais à Saúde/SPAIS

Função: Coordenadora da Seção de Informação

- Ministério da Saúde: Consultora na implantação do Sistema de Agravos de Notificação à Saúde/SINAN pelo Programa das Nações Unidas/PNUD

Principais responsabilidades: Acompanhamento dos Sistemas de Informação em saúde (SIM, SINAN, SINASC, PNI);

- Hospital de Urgências de Goiânia: Assessora Técnica do Instituto HUGO de Ensino e Pesquisa

Principais responsabilidades: Implantação do Processo de Certificação da unidade como Hospital de Ensino (Portaria 2.400 MEC/MS); acompanhamento de estágio/internato; estruturação do Instituto e desenvolver atividades de Educação, capacitação e demais evestos na área de Ensino. Participação no Grupo Técnico de Humanização do HUGO.

Referências profissionais

- Cairo Alberto de Freitas - Ex. Secretário de Estado da Saúde de Goiás

62. 81460022

- Adryanna Leonor Melo de O. Caiado – Superintendente da Vice-Governadoria-GO

62.98149513

Referências pessoais

- Roberto Luciano Coimbra – médico urologista

62.92434639

Goiânia, dezembro de 2013

Solange Luciano Coimbra Miranda

Instituto GERIR
Fls. 241

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

O REITOR DA **UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,** NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO PRESENTE O TERMO DE COLAÇÃO DE GRAU DE ASSISTENTE SOCIAL CONFERIDO EM 24 DE JULHO DE 1985 A SOLANGE LUCIANO COIMBRA FILHA DE MAURO LUCIANO COIMBRA E NILSA DE CARVALHO COIMBRA NATURAL DE GOIÂNIA - ESTADO DE GOIÁS - BRASIL - C.I.Nº 1.326.110 - SSP/GO NASCIDA A 22 DE DEZEMBRO DE 1963, POR TER CONCLUIDO O CURSO DE SERVIÇO SOCIAL - RECONHECIDO PELO DECRETO Nº 1944 DE 21/12/1962 EXPEDE-LHE O PRESENTE DIPLOMA PARA QUE POSSA GOZAR DE TODAS AS PRERROGATIVAS E DIREITOS CONCEDIDOS A ESTE TÍTULO PELAS LEIS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

GOIÂNIA, 10 DE DEZEMBRO DE 1985

REITOR

VICE REITOR P/ ASSUNTOS ACADÊMICOS

DIPLOMADO

AUTENTICAÇÃO - Cartório Indio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, Nº 1155 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 04 de Dezembro de 2013.
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026382991.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE

Instituto GERIR
Fls. 242

® THOMAS DE LA RUE S.A. - BRASIL
082/82-07

TE 1831

Universidade Católica de Goiás
SECRETARIA GERAL

Registro nº. 2.117
Livro S6-04-SS **Folha** 10-V
Goiânia 10 / 12 / 1985
Selma Maria Estevam
Secretário Geral

MEC - Universidade Federal de Goiás

DIPLOMA registrado por delegação de competência do Ministério da Educação e Cultura nos têrmos da Portaria MEC/DAU nº. 71 de 21-10-77, sob o nº. 1.814 Livro 4-SS Fls. 185
Processo 055510/85-95
Em 10 de Janeiro de 1986
Diretor do Departamento de Assuntos Acadêmicos

CONFERE
EM 14 Janeiro 1986
Diretora do DRA-DAA-SRC

AUTENTICAÇÃO - Cartório Indio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº1155 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 04 de Dezembro de 2013. ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243028382992.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

C0702

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

Universidade Federal de Goiás

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

CERTIFICADO

Conferimos a SOLANGE LUCIANO COIMBRA o presente Certificado de Aproveitamento no Curso de Especialização POLÍTICAS DE SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE promovido DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA /IPTESP, patrocinado pelo Convênio MEC/BID III - UFG, realizado nesta capital, de 30.06.86 a 11.03 de 19 87, no total de 360 horas, de acordo com a resolução 093 do Conselho Coordenador de Ensino e Pesquisa desta Universidade, com a ressalva dos benefícios previstos na resolução 12/83 CFE, por ser incompatível com esta.

Goiânia 14 de SETEMBRO de 19 87.

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

DIRETOR DA UNIDADE

COORDENADOR DO CURSO

Instituto GEBER Fls. 243

S.E.S. Fls. 1811 Rubrica

TE 1832

AUTENTICAÇÃO - Cartório Índio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº 155 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 04 de Dezembro de 2013.
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026382989.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE

NOME: SOLANGE LUCIANO COIMBRA

IDENTIDADE: 1326110 - SSP/GO

BRASILEIRA — NACIONALIDADE

GOIÂNIA - GO — NATURALIDADE

22.12.62 — DATA DE NASCIMENTO

DISCIPLINAS	PROFESSORES	TITULAÇÃO	CARGA HORARIA	APROVEITAMENTO	FREQUÊNCIA %
	ANA MARIA CANESQUI	PHD			
POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	LÉA DELBA P. BEVILAGUA	DOUTORA	88Hs	90	96%
	EMERSON ELIAS MERHY	DOUTOR			
	SOLANGE L'ABBATE	DOUTORA			
A SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	EVERARDO DUARTE NUNES	DOUTOR			
	LUIZ JACINTHO DA SILVA	DOUTOR	60Hs	100	100%
	MARILISIA B.A. BARROS	DOUTORA			
TÉCNICAS EM SAÚDE PÚBLICA: PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL	GASTÃO WAGNER S. CAMPOS	MESTRE			
	JOSETTI B. CARMO PARADA	ESPECIALISTA	88Hs	80	89%
PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA	MARIA HAYDÉE LIMA CICILIO	ESPECIALISTA			
	MARIA LYGIA RANGEL	ESPECIALISTA	124Hs	90	99%
	MARIA DAS GRAÇAS G. ANDRADE	MESTRE			
	ANGELA CAMPOS TRETIM	ESPECIALISTA			
	SILVIA MARIA SANTIAGO	ESPECIALISTA			

COORDENADOR

FL. 1233

AUTENTICAÇÃO - Cartório Índio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº 155 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 04 de Dezembro de 2013. ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026382994.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

S. E. S.
Fls: 1818
6

TCE 1833

A P O S T I L A

O Secretário de Estado de Saúde e Meio Ambiente, nos termos do Art. 9o. da Lei Estadual No. 11.719, de 15/05/92, publicada no Diário Oficial No. 16.454, de 20/05/92, DECLARA que o (a) servidor(a) SOLANGE LUCIANO COIMBRA foi enquadrado(a) no Cargo ASSISTÊNTE SOCIAL, do Quadro Transitório instituído pela mencionada Lei, a partir de 01/04/92.

Gabinete do Secretário de Estado de Saúde e Meio Ambiente, em Goiânia, 1o. de JUNHO de 1.992.

Ronei Edmar Ribeiro
Secretário

Instituto GERIR
Fls. 244

AUTENTICAÇÃO.- Cartório Indio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº 1155.- CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 04 de Dezembro de 2013. ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026382986.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

S. E. S.
Fls: 1819
Saúde

Estado de Goiás
AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS

TCE 1834

A P O S T I L A

O PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, no uso de suas atribuições legais, **DECLARA** que, por Decreto 20 de junho de 2007, publicado à (s) pág.(s) 3 do Diário Oficial n.º 20.154 de 25 de junho de 2007, foi **nomeado (a) SOLANGE LUCIANO COIMBRA MIRANDA CPF- 36402095168** para, em comissão e a partir 25 de junho de 2007, exercer o cargo de **Chefe da Assessoria de Projetos Estratégicos, GPS-05, da Secretaria da Saúde**

GABINETE DO PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, em Goiânia, ao(s) 26 dias do mês de junho de 2007, 119ª da República.

MANOEL XAVIER FERREIRA FILHO
PRESIDENTE

AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS

GERÊNCIA EXECUTIVA DE PESSOAL
GERÊNCIA DE CADASTRO E MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL
Foi efetivada a posse em :
26 / 06 / 2007
Responsável

Recebi a 1ª Via em: 26/06/07

2015436 1383

Instituto GERIR
Fls. 245

Registro Nº 933-OR

O CRAS 19 ª Região, expede a Carteira de Identidade Profissional de Assistente Social a:

Nome Dolange Luciano Coimbra

Filiação Mauro Luciano Coimbra e Nilsa de C. Coimbra

Nacionalidade brasileira

Natural de Goiânia - Go.

Data de Nasc. 22.12.1963

R.G. Nº 1.326.1055 P/Go

3

S. E. S. S. 1820 6 Rubrica

TCE 1835

CARTÓRIO INDIO ARTIAGA

Portador do Título de Assistente Social

Diplomado em 24.07.1985

Pela Universidade Católica de Goiás

Registrado sob nº .....

do livro ..... Fls. .....

no Ministério de Educação e Cultura

.....

Data do Registro no CRAS 19 ª Região.
02.10.1986

Esta CARTEIRA tem valor legal de "CARTEIRA DE IDENTIDADE" terá fé pública, nos termos do art. 14 parágrafo 2º do Regulamento aprovado pelo Decreto 994 de maio de 1962 e pela Lei nº 6.206 de 7/5/75.

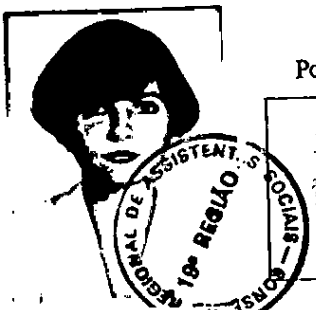
4

Goiânia - Go. 18/04/86
Local e data da expedição da carteira

Presidente
Maria Célia de Souza

Secretário

Assinatura do portador



Polegar Direito

Fator Sangüíneo .....

Só tem valor com o carimbo do CRAS

5

Instituto GERIR
Fls. 246

AUTENTICAÇÃO - Cartório Indio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº 1155 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 12 de Dezembro de 2013. ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026399664.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

GERIR

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE
Rua 89 Qd F29 Lt 58 s/n
74093-140 Setor Sul Goiânia GO
www.gerir.org.br

S. E. S.
Fls. 1821

DECLARAÇÃO

TCE 1836

O **Instituto GERIR,** portador do **CNPJ 14.963.977/0001-19,** declara a indicação do **Dr. Alex Caetano dos Santos,** Médico, Mestre em Ciências da Saúde, com experiência em Cirurgia, Trauma e Urgência/Emergência, para a **Chefia dos Serviços de Urgência e Emergência do Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN,** conforme **Chamamento Público nº 003/2013.**

As certificações requeridas se encontram anexadas.

Goiânia, 08 de dezembro de 2013.

Cartório V. Brasília

Ciente: _____
Dr. Alex Caetano dos Santos
CRM-GO 8.500

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL VILA BRASÍLIA
Brasilmar Queiroz Brasil - Notário e Registrador
Distrito de Vila Brasília - Comarca de Aparecida de Goiânia - GO
Av. São Paulo QD. 27 - A - LL. 10 - Vila Brasília - Fone: (62) 3230-2626
Reconheço por SEMELHANÇA a(s) assinatura(s) de:
ALEX CAETANO DOS SANTOS
SIDEMAR ELIAS DE DEUS ESCREVENTE
por ser análoga à de nosso arquivo, do que dou fé.
Vila Brasília, 12 de Dezembro de 2013
Selo eletronico nº 00491307291562023125333493
consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Serviço Notarial e Reg. de Vila Brasília

Eduardo Reche de Souza
Presidente - Instituto GERIR

1º Tab.

Instituto GERIR
Fls. 247

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura de:
407636 - EDUARDO RECHE DE SOUZA
análoga à de meu arquivo. Dou fé.
Goiânia/GO - 12/12/2013 15:21:26 - U: 48
Ver Selo Eletronico - 02011311011229023030173
Em Testemunho da verdade.
Cyntia da Costa Teixeira - Escrevente
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

Alex Caetano dos Santos

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4647683566078022
Última atualização do currículo em 31/05/2012

TCE 1837

S. E. S.
Fls: 1892
Rubrica

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1994) e residencia-médica pelo Hospital Santa Casa de Misericordia de Goiânia (2001-2004) em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo . Atualmente é Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) é Preceptor da Residência de Cirúrgia Geral do HUGO desde 01/02/2004 até os dias atuais. Tem experiência na área de Medicina , com ênfase em Cirurgia (Videolaparoscopia e Videoendoscopia). Atuando principalmente nos seguintes áreas: Aparelho Digestivo, Videocirurgia, Videoendoscopia e Trauma. Professor do Departamento de Medicina da Pontificia Universidade Catolica de Goiás - PUC - GOIAS **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Alex Caetano dos Santos
Nome em citações bibliográficas	SANTOS, A. C.

Endereço

Endereço Profissional	Hospital de Acidentados. Av. Paranaiba n 652 Centro 74000-000 - Goiania, GO - Brasil Telefone: (062) 39452500 Ramal: 394

Formação acadêmica/titulação

2009 - 2011	Mestrado em Ciências da Saúde (Conceito CAPES 4). Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil. Título: Aspectos Clínicos e patológicos de Pacientes com Tumores Colorretais Diagnosticados Durante Cirurgia Abdominal de Urgência,Ano de Obtenção: 2011. Orientador: Dr. Enio Chaves de Oliveira. Palavras-chave: Neoplasia Colorretal; Tumor Colorretal; Cancer Colorretal. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Cirurgia / Especialidade: Cirurgia Proctológica.
2003 - 2004	Especialização - Residência médica. Hospital Santa Casa de Misericordia de Goiânia. Residência médica em: Cirurgia do Aparelho Digestivo Número do registro: 8500.
2001 - 2003	Especialização - Residência médica. Hospital Santa Casa de Misericordia de Goiânia. Residência médica em: Cirurgia Geral Número do registro: 8500.
1994 - 1999	Graduação em Medicina. Universidade Federal do Pará, UFPA, Brasil. Título: Perfil Clínico dos Pacientes transplantados no Hospital Santa Casa de Goiânia. Orientador: Dra Silvia Marçal.

Instituto GERIR
Fls. 248

Formação Complementar

2004 - 2011	Curso Básico de Videoendoscopia Digestiva. (Carga horária: 8000h). Fértile Diagnóstico.

2006 - 2006	ATLS - Advanced Trauma Life Support. Colégio Américano de Cirurgiões - Disciplina de Cirurgia de Emergência USP
2003 - 2003	Interdisciplinar de Nutrição Clínica - C.I.N.C.. (Carga horária: 20h). Federação Latino-Americana de Nutrição Parenteral e Enteral.
2002 - 2002	FCCS - Fundamental Critical Care Support. Associação de Medicina Intensiva Brasileira.
2002 - 2002	TENUTI - Terapia Nutricional no paciente grave. Associação de Medicina Intensiva Brasileira.
2002 - 2002	Curso de Emergências Médicas Clínicas Traumáticas. (Carga horária: 30h). Corpo de Bombeiro de Goiás.
2000 - 2000	XII Curso Nacional de ECG do Prof. Enéias. (Carga horária: 21h). Hospital Santa Casa de Misericordia de Goiânia.
1996 - 1998	Extensão universitária em Urgência e Emergência. Hospital Pronto Socorro Municipal - PA- Centro de Estudos HPSM.
1996 - 1996	Terapia Intensiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.
1995 - 1995	Cirurgia das Hernias Abdominais. Sociedade Brasileira para o desenvolvimento da pesquisa em cirurgia.

TCE 1838

S. E. S. Fls: 1823 6 Rubrica

Atuação Profissional

Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Vínculo institucional

2010 - Atual	Vínculo: Professor Convidado, Enquadramento Funcional: Professor Auxiliar 1, Carga horária: 9
Outras informações	Coordenador do Modulo XI do Internato - Sexto Ano - Modulo XI - Pronto Socorro - Unidade HUGO.

Hospital de Urgências de Goiânia, HUGO, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - Atual	Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Médico (Cirurgia Geral), Carga horária: 20
Outras informações	Médico concursado da Secretaria de Estadual da Saúde do Estado de Goiás atuando no Hospital de Urgências de Goiânia (desde 01/ 2005). Ex-chefe do Pronto Atendimento do HUGO (2008-2010). Chefe do Serviço de Cirurgia Geral (desde 01/2011). Vice-Presidente da Comissão de Residência Médica- HUGO (2010). Preceptor da Residencia de Cirurgia Geral (2005). Coordenador Medico do Departamento de Ensino e Pesquisa/HUGO (desde 01/2009) Membro da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (desde 04/2010)

Hospital de Acidentados, HA, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - Atual	Vínculo: Corpo Clínico, Enquadramento Funcional: Cirurgia Geral- Aparelho Digestivo-Endoscopia, Carga horária: 20
Outras informações	- Videocirurgia do Aparelho Digestivo - Videoendoscopia Digestiva Alta e Baixa - Cirurgia do Trauma

Instituto GERIR Fls. 249

Hospital Amparo.

Vínculo institucional

2005 - Atual	Vínculo: Corpo Clínico, Enquadramento Funcional: Cirurgia Geral-Aparelho Digestivo-Endoscopia, Carga horária: 20
Outras informações	- Videocirurgia do Aparelho Digestivo - Videoendoscopia Digestiva Alta e Baixa

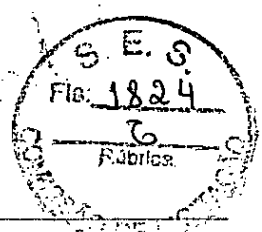
Fértile Diagnóstico.

Vínculo institucional

2005 - Atual	Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Professor / Monitor, Carga horária: 10
Outras informações	Curso Básico de Videoendoscopia Digestiva Alta

TCE 1839

Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.



Projetos de pesquisa

2009 - 2011	Aspectos Clínicos e Patológicos de pacientes com tumores Colorretais Diagnosticados durante Cirurgia Abdominal de Urgência Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa. Integrantes: Alex Caetano dos Santos - Coordenador.

Áreas de atuação

1.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina.
2.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Cirurgia/Especialidade: Cirurgia Geral.
3.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Cirurgia/Especialidade: Cirurgia do Aparelho Digestivo.
4.	Grande área: Ciências Humanas / Área: Educação / Subárea: Docência Universitaria.

Idiomas

Inglês	Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Produções

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

Ordenar por

Ordem Cronológica

1. Wagner Miranda ; **SANTOS, A. C.** ; Gina Dias Moreira ; Rebeca Yuri Rodrigues ; Wanessa Apolinário Martins . Tricobezoar Gástrico: relato de caso. Estudos (Goiânia), v. 33, p. 191-321, 2006.

Capítulos de livros publicados

1. ☆ **SANTOS, A. C.** ; G. C. REIS FILHO ; Luis Carlos Pedreira ; Wagner Miranda ; Nivaldo Dias Romão . Preparo pré-operatório do colo nas cirurgias ginecológicas. In: Juarez Antônio de Sousa, Rui Gilberto Ferreira, Waldemar Naves do Amaral. (Org.). Manual de Condutas em Ginecologia e Obstetrícia 2. 2ed.Goiânia: Sociedade Goiania de Ginecologia e Obstetricia, 2008, v. 2, p. 170-174.

Instituto GERIR
Fls. 180

Textos em jornais de notícias/revistas

1. Wagner Miranda ; **SANTOS, A. C.** ; Souza, Vanessa Silva ; Gina Dias Moreira ; Rebeca Yuri Rodrigues ; Wanessa Apolinário Martins . Tricobezoar Gástrico: relato de caso. Estudos: vida e saúde, Goiânia -GO., p. 299 - 306, 01 mar. 2006.

Apresentações de Trabalho

1. **SANTOS, A. C.** ; BITTAR NETO, J. J. ; SANTANA, J. R. . GIST como causa rara de hemorragia digestiva alta - relato de dois casos. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

S. E. S.
Fls: 1825
6
Rubrica

2. **SANTOS, A. C.** . Whipile na urgência. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

3. **SANTOS, A. C.** . Urgências cirurgicas gastroenterologicas no idoso: lições a serem aprendidas. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

4. **SANTOS, A. C.** ; SANTANA, J. R. ; Minghini, W. ; Rocha, J.F. da ; Aires, Lincoln Antonio ; Souza, Vanessa Silva ; Pereira, Leolidio Vitor . Perfil Clinico do Paciente com ulcera peptica perfurada atendido no hospital de Urgencias de Goiania - HUGO. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

5. **SANTOS, A. C.** ; Pereira, Leolidio Vitor ; Aires, Lincoln Antonio ; Rocha, J.F. da ; SANTANA, J. R. . Utilização do Pneumoperitonio progressivo pre-operatório no tratamento da hernia incisional: relato de caso. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

6. **SANTOS, A. C.** ; Souza, Vanessa Silva ; Pereira, Leolidio Vitor ; Aires, Lincoln Antonio . Cancer Colorretal: 107 casos operados na urgência. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

7. **SANTOS, A. C.** ; Rocha, J.F. da ; Souza, Vanessa Silva ; SANTANA, J. R. ; Pereira, Leolidio Vitor ; Minghini, W. . Linfoma Intestinal Primario: relato de dois casos. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

8. **SANTOS, A. C.** ; Aires, Lincoln Antonio . Intussuscepção Intestinal em Adulto: relato de caso. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

9. **SANTOS, A. C.** ; Wanessa Apolinário Martins . Gangrena de fournier - experiência do Hospital de urgências de Goiânia. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

10. **SANTOS, A. C.** . Indicações e uso da Nutrição Parenteral Total no Trauma. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

11. **SANTOS, A. C.** . Vias de Acesso para Administração de Nutrição Enteral e Parenteral. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

12. ✯ **SANTOS, A. C.** ; A. H. M. ISSA ; G. C. REIS FILHO . Megaduodeno Chagásico. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

13. ✯ **SANTOS, A. C.** ; Wagner Miranda ; Rebeca Yuri Rodrigues ; Gina Dias Moreira ; Wanessa Apolinário Martins . Tricobezoar Gástrico em Criança - relato de caso. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

14. ✯ Nakamo SMS ; FILHO SAF ; **SANTOS, A. C.** ; Trevenzol LP ; Rabelo VA . Avalação dos resultados da Vagotomia Gástrica Proximal para o tratamento de Úlcera Péptica Duodenal após 10 anos de tratamento cirurgico - estudo prospectivo: clínico, endoscópico e anatopatológico. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

15. **SANTOS, A. C.** . Avaliação dos Resultados Tardios da Vagotomia Gástrica Proximal para o tratamento de doença Úlcero Péptica Duodenal. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

16. **SANTOS, A. C.** . Avaliação dos resultados tardios da vagotomia gástrica proximal para o tratamento da doença ulcerosa peptica duodenal e a sua correlação com helicobacter pylori. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

17. **SANTOS, A. C.** . Adenocarcinoma Primário de Duodeno. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

18. **SANTOS, A. C.** . Análise da abordagem cirúrgica dos casos de tumores malignos periampulares cirurgiados na Santa Casa de Goiânia no período de 1996 a 2001. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

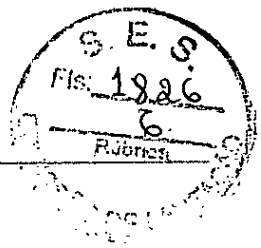
Instituto GERIR
Fls: 231

19. **SANTOS, A. C.** . Controle Clínico Pós-Trasnplante Renal. 1999. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

Demais tipos de produção técnica

1. Luis Carlos Pedreira ; Wagner Miranda ; **SANTOS, A. C.** ; Nivaldo Dias Romão . Curso Básico de Videoendoscopia Digestiva.. 2009. .

TCE 1841



Bancas

Participação em bancas de trabalhos de conclusão

Monografias de cursos de aperfeiçoamento/especialização

1. **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de Alex Caetano da Silva. GIST. 2012. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

2. **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de Alex Caetano da Silva. Perfil de Pacientes Vítimas de Traumatismo Toráxico. 2012. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

3. **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de Alex Caetano da Silva. Evolução em Abcesso Periamidaliano para Fascite Necrotizante. 2012. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

4. Souza, Vanessa Silva; **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de Vanessa Silva Souza. Utilização do Pneumoperitônio progressivo pré-operatorio no tratamento da hérnia incisional - relato de caso. 2011. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

5. José Henrique Mezzeth Filippi; **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de Jose Henrique Mezzeth Filippi. Tratamento cirurgico da litíase da via biliar principal. 2009. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

6. MIRANDA, M. R.; **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de Marcelo Ramos Miranda. Tratamento cirurgico de lesões traumaticas do colon: sutura primaria versus colostomia. 2009. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

7. CARVALHO, G. M.; **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de Gustavo de Miranda Carvalho. Trauma de grandes vasos. 2009. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

8. **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de Marcelo Ramos Miranda. Tratamento Cirúrgico das Lesões Traumáticas do Colo: sutura primária versus colostomia.. 2008. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

9. **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de José Henrique Mezzeth Filippi. Tratamento cirúrgico da litíase da via biliar principal. 2008. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

10. **SANTOS, A. C.**. Participação em banca de Gustavo de Miranda Carvalho. Trauma de Grandes Vasos. 2008. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia.

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. 60º Congresso Brasileiro de Coloproctologia. 2011. (Congresso).

2. Video-CD 60º Congresso Bras. de Coloproctologia. 2011. (Congresso).

TCE 1842

S. E. S.
Fls: 1827
6
Rubrica

3. V Simposio Internacional de Endoscopia Digestiva. 2011. (Simpósio).

4. Curso Básico de Videoendoscopia Digestiva. 2011. (Outra).

5. Definitive Surgical trauma Care Course. 2011. (Outra).

6. XV Curso de Colonoscopia. 2011. (Outra).

7. Congresso Regional de Cirurgia do Setor IV do CBC. Adenocarcinoma de reto como causa de síndrome de fournier. 2010. (Congresso).

8. Congresso Regional de Cirurgia do Setor IV do CBC. Operação de duhamel-hadad no megacolon chagasico apos 20 anos. 2010. (Congresso).

9. Congresso Regional de Cirurgia do Setor IV do CBC. Adenocarcinoma em glandula apocrina perianal. 2010. (Congresso).

10. 59º Congresso Brasileiro de Coloproctologia. Neoplasias Colorretais operadas na urgência. 2010. (Congresso).

11. IX Semana Brasileira do Aparelho Digestivo. 2010. (Congresso).

12. 48º Congresso Brasileiro de Educação Médica. 2010. (Congresso).

13. Iº Workshop Internacional PBL no Ensino Médico. 2010. (Oficina).

14. XXXV Congresso Brasileiro de Endoscopia Digestiva, 2º Congresso Brasileiro de Endoscopia, e Congresso Brasileiro de Endoscopia e VI Hepgastro. 2009. (Congresso).

15. Curso de Integração da Clínica Médica do HUGO. Insuficiência Venosa e Arterial Crônica, Trombose Venosa Central, Drenagem Toráxica, Abordagem da Cirurgia Feral, Risco Cirurgico: abordagem da Cirurgia, Vias de Acesso Venoso Central, ATLS: avaliação e conduta, Hematologia. 2009. (Seminário).

16. Curso Introdutório da Liga Acadêmica do Trauma. 2009. (Simpósio).

17. Iº Jornada Goiana de Endoscopia Digestiva. 2009. (Oficina).

18. IV Oficina - Relações Interpessoais na Multiprofissionalização da Educação Médica. 2009. (Dficina).

19. Iº Encontro Goianiense dos Comitês de Ética em Pesquisa. 2009. (Encontro).

20. 20º Curso Anual de Clinica e Cirurgia do Aparelho Digestivo e 12º Curso de Endoscopia Digestiva do HC/UFG. 2009. (Encontro).

21. Congresso Cirurgia Geral - 2008. Congressista.. Avaliador de Pôster. Debatedor de Mesa Redonda.. 2008. (Congresso).

22. Congresso Cirurgia 2008. 2008. (Congresso).

23. I Módulo de Terapia Nutricional no Trauma. Indicações e uso da Nutrição Parenteral Total no Trauma. 2008. (Seminário).

24. II WorkShop de Terapia Nutricional Parenteral. 2008. (Seminário).

25. I º Módulo de Terapia Nutricional no Trauma. 2008. (Oficina).

Instituto GERIR
Fls. 253

26. II Workhop de Terapia Nutricional Parenteral. 2008. (Oficina).

27. Iº Modulo de Terapia Nutricional no Trauma. Indicações e usos da Nutrição Parenteral Total no TRauma. 2008. (Encontro).

28. Curso Básico de Videoendoscopia Digestiva. 2008. (Outra).

29. 18º Curso anual de Clínica e Cirurgia do Aparelho digestivo e o 10 Curso de Endoscopia Digestiva do Hospital das Clínicas

da Faculdade de Medicina da UFG. Congressista.. 2007. (Congresso).

TCE 1843

30. 34º Curso de Atualização em Cirurgia do Aparelho Digestivo - Gastrão 2007. Congressista.. 2007. (Congresso).

31. Terapia Nutricional: Oral, Enteral e Parenteral.Vias de Administração da Nutrição Parenteral e Enteral. 2007. (Seminário).

Fls: 1828

32. Curso de Atualização da Federação Brasileira de Gastroenterologia 2007. Congressista.. 2007. (Outra).

33. Curso Básico de Videoendoscopia Digestiva. 2007. (Outra).

34. Congresso Brasileiro de Cirurgia Geral - Cirurgia 2006. Tricobezoar Gástrico em Criança - Relato de caso. 2006. (Congresso).

35. Congresso Brasileiro de Cirurgia Geral - Cirurgia 2006. Megaduodeno Chagásico. 2006. (Congresso).

36. XV Congresso da Associação Médica de Goiás e XVIII ECAM-2006. Urgência Cirúrgica Abordagem e Assistência (Presidende da Mesa Redonda). 2006. (Congresso).

37. ATLS - Advanced Trauma Life Support. 2006. (Encontro).

38. Curso Básico de Videoendoscopia Digestiva. 2006. (Outra).

39. Curso para novos Cooperados 2005. 2005. (Seminário).

40. Curso Básico de Videoendoscopia Digestiva. 2005. (Outra).

41. VI ECAMESC - 2004. 2004. (Encontro).

42. Curso Básico de Videoendoscopia Digestiva. 2004. (Outra).

43. XXV Congresso Brasileiro de Cirurgia. Avaliação dos resultados da vagotomia gástrica proximal para o tratamento de Úlcera Péptica Duodenal após 10 anos de tratamento cirúrgico - estudo prospéctivo: Clínico, Endoscópico e Anatomopatologico. 2003. (Congresso).

44. Curso para novos Cooperados 2003. 2003. (Seminário).

45. Curso Interdisciplinar de Nutrição Clinica - CINC. 2003. (Seminário).

46. 4º Encontro Científico dos Acadêmicos e Médicos da Santa Casa (4º ECAMESC).Avaliação dos Resultados Tardios da Vagotomia Gástrica Proximal para o Tratamento de Doença Ulcero Péptica Duodenal. 2003. (Encontro).

47. 15º Curso Anual de Clínica e Cirurgia do Aparelho Digestivo e 7º Curso de Endoscopia Digestiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFG. Avaliação dos resultados tardios da vagotomia gástrica proximal para o tratamento da doença ulcerosa péptica duodenal e a sua possível correlação com helicobacter pylori. 2002. (Congresso).

48. X Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva e VII Fórum Latino-Americano de Ressuscitação. 2002. (Congresso).

49. Terapia Nutricional no Paciente Grave. 2002. (Oficina).

50. Emergências Médicas Clinicas Traumáticas - teorico e prático. 2002. (Oficina).

51. FCCS - Fundamental Critical Care Support. 2002. (Oficina).

Instituto GERIR
Fls. 254

52. TENUTI. 2002. (Encontro).

53. II Jornada Goiana de Coloproctologia. Congressista.. 2001. (Seminário).

54. 3º Encontro Científico dos Acadêmicos e Medicos da Santa Casa (3º ECAMESC)..Adenocarcinoma Primário de Duodeno. 2001. (Encontro).

55. I Jornada de Hepatologia da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. 2000. (Seminário).

56. 12º Curso Nacional de Eletrocardiograma e 2º Curso Goiano de Eletrocardiograma do Dr. Eneas Carneiro. 2000. (Seminário).

57. I Curso de Atualização em Emergência Cardiológicas do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas UFG. 2000. (Simpósio).

S. E. S.
Fls: 1829
6
Rubrica

58. Curso de Atualização em Epidemiologia e Politicas de Saúde. 2000. (Oficina).

59. 6º Congresso Goiano de Pediatria. 1999. (Congresso).

60. 1º Encontro dos Acadêmicos de Medicina da Santa Casa (1º ECAMESC).Controle Clínico Pós-Transplante Renal. 1999. (Encontro).

61. I Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da Região Norte. 1998. (Congresso).

TCE 1844

62. Simpósio de Cancerologia da UFPA (ONCO 98). 1998. (Simpósio).

63. VII Jornada Paraense de Cirurgia. 1997. (Seminário).

64. III Jornada Médica do Hospital Geral de Belém. 1997. (Seminário).

65. 2º Simpósio FACO Clube Allergan. 1997. (Simpósio).

66. Encontro Científico do Acadêmico de Medicina (VIII ECAM). Congressista.. 1996. (Congresso).

67. 4 Jornada Goiana de Oncologia. 1996. (Seminário).

68. 1º Congresso Luso-Brasileiro de Cirurgia. Congressista. 1995. (Congresso).

69. Seminário de Cirurgia Plástica. 1995. (Seminário).

70. Seminário de Cirurgia Plástica. 1995. (Seminário).

71. 1 Jornada de Atualização em Neurologia. 1994. (Seminário).

72. 1 Jornada de Doenças Infecciosas. 1994. (Seminário).

Orientações

Orientações e supervisões em andamento

Monografias de conclusão de curso de aperfeiçoamento/especialização

1. Armando Teixeiro de Sousa Neto. Perfil dos Pacientes Idosos com Abdome Agudo Cirurgico em um Hospital de Urgência. Início: 2009. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia. (Orientador).

2. Wagner Minghini. Perfil Clinico dos Pacientes Operados de Ulcera Peptica Perfurada. Início: 2009. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia. (Orientador).

Instituto GERIR
Fls. 255

Orientações e supervisões concluídas

Monografia de conclusão de curso de aperfeiçoamento/especialização

1. Lucas Leonardo Tavares Martins. Perfil dos pacientes com neoplasia colorretal operados no Hospital de Urgências de

Goiânia. 2011. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia. Orientador: Alex Caetano dos Santos.

2. Juliano Servato Oliveira. Trauma Abdominal Fechado: Estudo dos Casos Cirurgicos do Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO). 2008. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia de Cirurgia Geral) - Hospital de Urgências de Goiânia. Orientador: Alex Caetano dos Santos.

TCE 1845

S. E. S.
Fls: 1830
6
Rubrica

Instituto GERIR
Fls. 256

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA

Programa Credenciado pela CNRM / MEC Parecer nº 01/1994

de 03/11/1994 *Processo nº 014052/91-14*

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
020513080947200280508 52
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Goiânia-GO, 04 de dezembro de 2013 (52)3232248
Tatiana Oliveira Escrevente

CERTIFICADO

Certificamos que o Dr.(a) Alex Caetano dos Santos

CRM Nº 8500 *, UF* GO *, concluiu Residência Médica na área básica de* Cirurgia Geral

no período de 01/02/2001 *a* 31/01/2003 *, e na área de concentração* _____

no período de _____ *a* _____ *, a quem conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial em 09 / 07 / 81.*

TÊ 1846

Instituto GERIR Fls. 257

Goiânia, 31 *de* Janeiro *de* 2003

Diretor

Coordenador do Programa

Médico Residente
CPF-576 596 642 - 04

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA
CERTIFICADO REGISTRO CNRM° 23646/3
BRASÍLIA, 10 DE Abril DE 2003

Dr.ª Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra
Secretária Executiva da CNRM

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE GOIÁS
Anotado no Livro nº 014
fls. 4722 Inscrição nº 4722
Goiânia, 29 de Abril de 2003

Dr. Paulo Roberto Prata Mendonça
1º Secretário

5º TABELIONATO DE NOTAS
DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1458 - Qd. F-41 LT 102 / 104
Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: 62 3223-1818
AUTENTICAÇÃO
02051308061720020050953
Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o Original Dou Fé. Em
Testemunho de Verdade Goiânia-GO,
04 de dezembro de 2013 cs232J48
Daniella de Sousa Oliveira Escrevente

COREME
Santa Casa de Goiâni
Registro nº 093/20C

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

O Reitor da Universidade Federal de Goiás confere o titulo de

Mestre em Ciências da Saúde

a

Alex Caetano dos Santos

na área de concentração em **Patologia, Clínica e Tratamento das Doenças Humanas** tendo em vista a integralização dos créditos regulamentares e a aprovação na defesa pública de dissertação em 25 de abril de 2011. Para os efeitos legais expede-se o presente diploma.

Goiânia, 08 de dezembro de 2011.

Prof. Dr. Edward Madureira Brasil
Reitor

Prof. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do Centro de Gestão Acadêmica

Alex Caetano dos Santos
Titulado

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1499 - Qd. P-41 LT 192 / 194
Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-370
FONE: 62 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
02051308031/20020050938
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o(a) 1 Do Pé Em Test... de Goiânia-GO.
04 de dezembro de 2013 cs232234
Daniella de Sousa Oliveira Escrevente

Instituto GERIR Fls. 2

UFG

Tc 18947

Nome: Alex Caetano dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro

Naturalidade: Goiania Goiás

Data Nascimento: 20 de maio de 1975 CPF: 576.596.642-04

Nº Identidade: 3283226/GO

Curso criado na Universidade Federal de Goiás pela Resolução do CONSUNI nº 26 em 23/09/2005, recomendado pela CAPES e reconhecido conforme Portaria Ministerial nº 524 de 29/04/2008 - DOU 30/04/2008.

MEC **- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

Diploma registrado sob o nº 4511, em 08/12/2011 - Processo nº 23070.018888/2011-70 nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei nº 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira) - D.O.U. de 23/12/1996.

Goiânia, 08 de dezembro de 2011.

José Vitorino Vieira

Coordenador de Expedição e Registro de Diplomas

045560

TCE 1848

Ata da Residencia Médica /2012
Pauta: Apuração dos votos da Eleição para a Residencia Médica no HUGO.

S. E. S.
Fls: 1833
Rubrica

Aos dias vinte e oito dias do mês de fevereiro de dois mil e doze, realizou-se na sala da COREME às 9:00hs a apuração dos votos para a eleição dos membros da COREME/ e posse da nova diretoria, para o mandato do biênio/ março de 2012 a março 2014, com a presença dos servidores da COREME, Rossana Cirqueira Ribeiro, Gabriela Alves da Silva, Maura Lúcia Lagares Guimarães e a funcionária da Biblioteca do Hugo, Rosilda Caseli Gomes da Silva Pavão . Para a eleição foi apresentada uma chapa única tendo como composição: Coordenador – Dr. Alex Caetano dos Santos, Vice-Coordenadora – Dr. Elisa Franco de Assis Costa, 1ª Secretária Dra. Letícia Leão Tuma, 2ª Secretária – Dra. Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho, Supervisores: Clínica Médica – Dra. Adriana do Prado Barbosa, Geriatria - Dra. Elisa Franco de Assis Costa, Neurologia – Dr. Paulo Sérgio de Faria, Ortopedia – Dr. Jefferson Soares Martins, Cirurgia Geral – Dr. Ênio Chaves de Oliveira, Cardiologia – Dra. Maria Heloísa Perillo Daher Albieri, Representante dos Residentes: Clínica Médica:,R-1 , R-2 – Talita Clementino Moraes e Cunha, Geriatria: R-1 – R-2 – Larissa Santana Neves,Neurologia: R-1 R-2 – Thiago Vilela Calzada Machado, R-3 – Pierre Silva Paz Junior, Ortopedia: R-1 – R-2 – Eduardo Teixeira Campos, R-3 – Antônio Carlos Tessari, Cirurgia Geral:R-1 – R-2 – Felipe Santos Monteiro Oliveira,Cardiologia, esclarecemos que os representantes R1 so serão eleitos a partir do 1º dia útil de março, quando iniciará o Programa de Residência Médica 2012. A urna foi aberta contendo 23 votos a favor, sendo eleitos por unanimidade dos votantes. Sendo assim fica empossada a nova diretoria a partir desta data. Não havendo mais nada para tratar, lavrei a presente ata em Goiânia, 28 de fevereiro de 2012.

Rossana Cirqueira Ribeiro_____

Gabriela Alves da Silva_____

Maura Lúcia Lagares Guimarães_____

Rosilda Caseli Gomes da Silva Pavão_____

Alex Caetano dos Santos_____

Elisa Franco de Assis Costa_____

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194
Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: 62 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
02051308051720026050941
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testemunho da Verdade Goiânia-GO, 04 de dezembro de 2013 cs232239
Daniella de Sousa Oliveira Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 259

Letícia Leão Tuma

Maria Angélica Pinheiro Moura Carvalho

Adriana do Prado Barbosa

Paulo Sérgio de Faria

Jefferson Soares Martins

Ênio Chaves de Oliveira

Maria Heloísa Perillo Daher Albieri

T.C.E. 1834 Fls.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192/194 - CEP: 74085-325
Setor Sul - Goiânia - GO - FONE: 62 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
02051308051720026050945
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original apresentado em Cartório
Testemunho da verdade Goiânia-GO
04 de dezembro de 2013 - 662323E
Cardella de Souza Oliveira Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 260

TCE 1850

TABELIONATO DE NOTAS
DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1488 - Qd. F-41 LT 192 / 194
Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: 62 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
020513080914720026050947 -
Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Doy Fé Em
Testemunho da verdade Goiânia-GO,
04 de dezembro de 2013 as 232243
Daniela de Sousa Oliveira Escrevente

ATA DE ELEIÇÃO E POSSE DA NOVA DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL URGÊNCIAS DE GOIÂNIA / HUGO - ARMH

S. E. S. 1835

Às Oito horas do dia 14 de fevereiro de dois mil e onze, na sala de aula da COREM/HUGO, localizada na Av. 1ª Radial esquina com 5ª radial s/n, setor Pedro Ludovico – Goiânia – GO., CEP 74.820-200, realizou-se a Assembléia Geral Ordinária (AGO) para eleição dos membros da nova Diretoria da **ASSOCIAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA / HUGO - ARMH**, cadastrada no CNPJ sob o nº. 10.372.031/0001-27, para o biênio 2011 – 2013, conforme estabelecido em Circular de Convocação nº. 01/2011 de 03 de Janeiro de 2011. A AGO foi instalada em primeira convocação, com a presença de Paulo Roberto Cunha Vencio Presidente da **ASSOCIAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA / HUGO – ARMH,** que permaneceu no cargo até a realização da eleição; uma vez que atingido o quorum correspondente à metade dos associados mais um, conforme previsto no Art. 15 do Estatuto da entidade. A eleição foi realizada conforme previsão contida no Estatuto, em seus artigos 35 a 40. O pleito transcorreu normalmente, sem impugnações ou questionamentos por parte dos associados da entidade. Encerradas as eleições às 10:30 horas, dando início aos trabalhos de apuração dos votos, o presidente da Comissão Eleitoral, Elisa Franco de Assis Costa, que procederam à contagem dos membros participantes da presente Assembléia Geral. Em uma urna lacrada pela Comissão Eleitoral, foram depositados os votos dos associados aptos ao exercício do voto. Ao final das eleições, os membros da Comissão Eleitoral procederam à abertura da urna e em seguida a contagem dos votos. O resultado da contagem dos votos recebidos evidenciou que houve 19 (Dezenove) votos válidos, dos quais os 19 (Dezenove) foram para a chapa única, que foi declarada eleita pelo presidente da Comissão Eleitoral. A nova Diretoria e o Conselho Fiscal da **ASSOCIAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA / HUGO - ARMH**, eleitas para o biênio 2011 – 2013, ficam assim composta pelos seguintes membros com seus respectivos cargos: **Diretoria: Presidente Alex Caetano dos Santos, Vice-Presidente Maria Heloisa Perillo Daher Albieri, Primeiro (a) Secretário (a) Letícia Leão Tuma, Segundo (a) Secretário (a) Paulo Roberto Cunha Vencio (a) Primeiro Tesoureiro (a) Valeria Tatyane de Rezende e Segundo (a) Tesoureiro (a) Jeffersom Soares Martins. Conselho Fiscal**: Beatriz Lins Galvão de Lima, Adriana do Prado Barbosa e Kennedy Carlos da Costa Silva, como suplentes: Edson Tadeu Mendonça, Enio Chaves de Oliveira e Maria Angélica Pinheiro

Instituto GERIR
Fls. 261

Moura Carvalho. Logo após declarada eleita a nova Diretoria e o Conselho Fiscal, a Comissão Eleitoral já neste instante deu posse aos novos membros da Diretoria e Conselho Fiscal, Não havendo mais nada a tratar, o presidente da AGO ordenou que fosse lavrada a presente ata que depois de lida e aprovada por todos, vai devidamente assinada pelo presidente da comissão eleitoral, Elisa Franco de Assis Costa, bem como acompanhada da lista de presença. Goiânia – Go., 14 de Fevereiro de 2011.

Presidente Comissão Eleitoral:

Elisa Franco de Assis Costa

Primeiro Secretário:

Letícia Leão Tuma Damasceno

Segundo Secretário:

Maria Heloisa Perillo Daher Albieri

Presidente:

Paulo Roberto Cunha Vencio

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41-LT 192 / 194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: 62 3223-1914
AUTENTICAÇÃO
020513080517200260050950
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testemunho da verdade. Goiânia-GO, 04 de dezembro de 2013 es232248
Daniella de Sousa Oliveira Escrevente

1º TABELIONATO DE PROTESTOS E REGISTRO DE PESSOAS JURÍDICAS, TÍTULOS E DOCUMENTOS DE GOIÂNIA
Rua 3 nº 1.209 - Centro - Goiânia - GO Fone (62) 3224-4209 - FAX (62) 3224-2894
Selo de Autenticidade nº: 0300C418375
- Registro de Pessoas Jurídicas - Livro A -
Apresentado hoje, protocolizado, registrado e digitalizado sob o nº 968.065 - 13/12/2011 Emolumentos : R$ 30,05
Taxa Judiciária : R$ 9,18 Total : R$ 39,23
Averbado à margem do registro nº 684.937
Maria Ramos - Sub-Oficial
0300C418375

Instituto GERIR
Fls. 262

GERIR

INSTITUTO DE GESTÃO EM SAÚDE
Rua 89 Qd F29 Lt 58 s/n
74093-140 Setor Sul Goiânia GO
www.gerir.org.br

TCE 1852

S. E. S.
Fls: 1837

DECLARAÇÃO

O **Instituto GERIR,** portador do **CNPJ 14.963.977/0001-19,** declara a indicação de Queiliene Rosa dos Santos, Especialista em Gestão em Saúde, para a **Gerência de Enfermagem** do **Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos – HUTRIN,** conforme **Chamamento Público nº 003/2013.**

As certificações requeridas se encontram anexadas.

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-043 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6666
02061398161331023070748 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço verdadeira a assinatura de QUEILIENE ROSA DOS SANTOS (112442) pessoa por mim identificada, e por haver sido aposta em minha presença. Dou fé. Goiânia, 09 de dezembro de 2013. Em Testº da Verdade. Cleyton Pereira Aguiar Mariano - Escrevente

Goiânia, 08 de dezembro de 2013.

Ciente: Queiliene Rosa dos Santos
Queiliene Rosa dos Santos
Coren-GO 245.138

Instituto GERIR
Fls. 263

Eduardo Reche de Souza
Presidente - Instituto GERIR

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura de(a): 467636 - EDUARDO RECHE DE SOUZA
Em testº da verdade. Dou fé
Goiânia/GO - 11/12/2013 - 18:23 - Ato: 12
Selo Eletrônico: 02011311011229023029447
Em Testemunho da verdade
Paulo Cesar Leite
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

TCE 1853

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

GERIR SUS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GOVERNO DE GOIÁS

S. E. S.
Fls: 1838
6
Rubrica

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica

Atestamos para fins de comprovação, que a Dra. **Queiliene Rosa dos Santos, Enfermeiro** e **Especialista em Gestão de Saúde**, inscrita junto ao **COREN/GO nº 245138-ENF**, participa do Monitoramento Assistencial da Enfermagem, como Consultora, do Hospital de Urgências de Goiânia, desde maio/2012.

Os serviços são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa.

Atestamos ainda, que sempre foram demonstradas a eficiência e a credibilidade dos trabalhos apresentados.

Administração de Recursos Humanos do Hospital de Urgências de Goiânia/GERIR, aos 13 dias do mês dezembro de 2013.

Adm. Vilma Soares da Silva
Administração de Recursos Humanos
CRA/GO/TO 11797

3o TABELIONATO DE NOTAS
Rua T-53, N. 55 St. Marista
- CEP 74.150-310

Reconheco por SEMELHANCA a(s)firma(s) de
[LMBWKHr0]-VILMA SOARES DA SILVA.....
Posto que analoga(s)a(s)constante(s)
de nosso arquivo.do que dou fe
Em Testemunho da verdade
Goiania, 13 de Dezembro de 2013

MARIO ANTUNES FERREIRA DA S. BASTOS
ESCREVENTE
Selo Eletronico nº
02031312021251023005802
Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
LADNM

Av. 31 de Março, esq. C/5ª Radial, s/n Setor Pedro Ludovico – Goiânia/Goiás
Fone: (0**62) 3201.4420
CEP 74820-200
hugo.dirgeral@saude.go.gov.br

Instituto GERIR
Fls.: 264

Queiliene Rosa dos Santos

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/2596485210843108
Última atualização do currículo em 26/09/2012

TCE 1854

Graduada pela Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás(UFG). Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES) e Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas. Bolsista de iniciação científica no período de 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 e 2010-2011 CNPq/UFG. Enfermeira do Programa de Hanseníase e Tuberculose da SMS de Aparecida de Goiânia. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem/UFG. Tem experiência de pesquisa na área de Enfermagem, com ênfase no Processo de Enfermagem e Avaliação e Tratamento de Feridas. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Queiliene Rosa dos Santos
Nome em citações bibliográficas	SANTOS, Q. R.

Endereço

Endereço Profissional	Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiania, Cais Nova Era. Avenida São João S/N 74916-200 - Aparecida de Goiânia, GO - Brasil Telefone: (62) 33455925

Formação acadêmica/titulação

2012	Mestrado em andamento em Mestrado em enfermagem. Faculdade de Enfermagem/UFG. Título: ÚLCERAS VASCULARES: SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO, PREVALÊNCIA E CONDIÇÕES DOS USUÁRIOS APÓS 6 MESES DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NAS SALAS DE CURATIVO DA REDE MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA GO, Ano de Obtenção: 2014. Orientador: Maria Márcia Bachion.
2011 - 2012	Especialização em Gestão em Saúde. (Carga Horária: 460h). Universidade de Brasília, UNB, Brasil. Título: Gestão De Recursos materiais permanentes e de consumo para tratamento de feridas crônicas.
2006	Graduação em andamento em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

Formação Complementar

2012 - 2012	Introdução a Vacina Pentavalente. (Carga horária: 4h). Secretaria Municipal de Aparecida de Goiânia.
2012 - 2012	Ulceras de Extremidades de MMI. (Carga horária: 4h). Sociedad Cientifica Uruguaya de Heridas.
2011 - 2011	Capacitação em Tabagismo - Abordagem e Tratamento. (Carga horária: 4h). Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiania.
2011 - 2011	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. (Carga horária: 8h). Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiania.
2011 - 2011	Abordagens Básicas para Controle do Câncer. (Carga horária: 30h). Instituto Nacional de Câncer.

Instituto GERIR
Fls. 265

2011 - 2011 Capacitação Tecnica em Aparecida de Goiania- GO. (Carga horária: 30h).
Secretaria Municipal de Goiania de Aparecida de Goiania.

2010 - 2010 Atualização em Avaliação e Tratamento de Feridas. (Carga horária: 56h).
Faculdade de Enfermagem/UFG.

TCE 1855

2009 - 2009 Extensão universitária em Aprendendo as Normas da ABNT. (Carga horária: 20h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2009 - 2009 Recursos Humanos. (Carga horária: 15h).
Fundação Getúlio Vargas.

S. E. S. Fls: 1840 Rubrica

2009 - 2009 I Curso Introdutorio da Empresa Junior. (Carga horária: 6h).
Faculdade de Medicina/UFG.

2008 - 2008 Entrevista na Pesquisa. (Carga horária: 3h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2008 - 2008 Curso Básico da Liga da Mama. (Carga horária: 10h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2007 - 2007 Extensão universitária em Manejo de Animais de Laboratório. (Carga horária: 40h).
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública.

2007 - 2007 Curso on-line de Pesquisa no Pubmed. (Carga horária: 61h).
Universidade Federal de São Paulo.

2007 - 2007 IX Curso Básico da Liga de Diabetes. (Carga horária: 10h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2007 - 2007 Sistema de Classificação da prática de Enfermagem. (Carga horária: 4h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2007 - 2007 V Ciclo de Terapias Alternativas. (Carga horária: 4h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2007 - 2007 Oficina de Acunputura. (Carga horária: 4h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2006 - 2007 Inglês. (Carga horária: 150h).
Projeto Línguas.

2006 - 2006 Cuidando do ostomizado: papel do enfermeiro. (Carga horária: 4h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2006 - 2006 I Curso Introdutório da Liga de Obstetrícia. (Carga horária: 9h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2006 - 2006 Hepatite B e Marcadores Sorológicos. (Carga horária: 4h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2006 - 2006 IV Curso Básico da Liga de Geriatria e Gerontologi. (Carga horária: 9h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2006 - 2006 Curso de Emergênica Clínicas e Traumáticas. (Carga horária: 20h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2006 - 2006 V Curso Básico em Oncologia. (Carga horária: 10h).
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

2006 - 2006 Curso Atitude Saúde Política de Saúde para Jovens. (Carga horária: 40h).
Ministério da Saúde.

2005 - 2005 Enfermagem em Oncologia. (Carga horária: 3h).
Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Atuação Profissional

Faculdades Alfredo Nasser, UNIFAN, Brasil.

Vínculo institucional

2012 - Atual Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Professor, Carga horária: 20

Secretaria Municipal de Saude de Aparecida de Goiania, SMS AP.GOIANIA, Brasil.

Instituto GERIR Fls. 266

Vínculo institucional

2011 - Atual Vínculo: Contrato, Enquadramento Funcional: Enfermeiro, Carga horária: 30

Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

Vínculo institucional
2011 - Atual
Vínculo: Servidor Público - contrato, Enquadramento Funcional: Enfermeiro, Carga horária: 30

TCE 1856

Vínculo institucional
2010 - 2010
Vínculo: PIBIC, Enquadramento Funcional: PESQUISADOR, Carga horária: 20

Vínculo institucional
2009 - 2010
Vínculo: PIBIC, Enquadramento Funcional: PESQUISADOR, Carga horária: 20

Vínculo institucional
2008 - 2009
Vínculo: PIBIC, Enquadramento Funcional: Pesquisador, Carga horária: 20

S. E. S. Fls: 1841 Rubrica

Vínculo institucional
2007 - 2008
Vínculo: PIBIC, Enquadramento Funcional: Pesquisador, Carga horária: 20

Projetos de pesquisa

2010 - 2011
Úlceras vasculogênicas: situação dos usuários após 6 meses de atendimento de enfermagem na rede municipal de saúde de Goiânia.

Descrição: Este projeto representa uma expansão e desdobramento dos Projetos " Avaliação das úlceras venosas de estase no contexto do atendimento ambulatorial na rede municipal de saúde de Goiânia: ampliando as perspectivas" e "Úlceras vasculogênicas: situação dos usuários após 6 meses de atendimento de enfermagem na rede municipal de saúde de Goiânia". Os atuais objetivos são: Avaliar a prevalência de úlceras vasculares em tratamento nas salas de curativos de três municípios do estado de Goiás; analisar a macroscopia das úlceras; analisar sinais clínicos (clássicos e adicionais) de infecção nas úlceras; analisar a ocorrência de infecções nas úlceras vasculares; analisar as caractarísticas clínicas, socioeconômicas e demográficas das pessoas com úlceras vasulares nesses municípios; analisar o impacto das úlceras na capacidade funcional das pessoas acometidas pelo agravo; analisar as condições de infra-estrutura das salas de curativo; mapear as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no atendimento à essa população; analisar a adsão dos pacientes ao tratamento; analisar a evoluçãodas lesões após 6 meses de atendimento nas salas de curativos desses municípios..
Situação: Em andamento; Natureza: Pesquisa.
Alunos envolvidos: Graduação: (3) / Mestrado acadêmico: (3) / Doutorado: (2) .

Integrantes: Queiliene Rosa dos Santos - Integrante / Maria Márcia Bachion - Coordenador / Silvana Lima Vieira dos Santos - Integrante / Ruy de Souza Lino Junior - Integrante / Juliana da Silva Rocha - Integrante / SUELEN GOMES MALAQUIAS - Integrante / Angela Lima Pereira - Integrante / Lilian Varanda Pereira - Integrante / Cynthia Assis de Barros - Integrante / Diana Alves Carneiro - Integrante / Priscilla de Souza Porto - Integrante / Adriana Cristina de Santana - Integrante / Ludmila Greco Maia - Integrante.
Financiador(es): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Outra / Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Goiás - Bolsa / Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Goiás - Auxílio financeiro.

2009 - 2010
AVALIAÇÃO DE ÚICERAS VENOSAS DE ESTASE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO DISTRITO SANITÁRIO SUDOESTE DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA: AMPLIANDO AS PERSPECTIVAS.

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.

Integrantes: Queiliene Rosa dos Santos - Coordenador / Maria Márcia Bachion - Integrante.
Financiador(es): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa.

2008 - 2009
Análise da Anotações de Enfermagem em Prontuários de Pacientes Atendidos na Clínica Médica de um Hospital Escola

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.

Integrantes: Queiliene Rosa dos Santos - Coordenador / Maria Márcia Bachion - Integrante.

Instituto GERIR Fls. 267

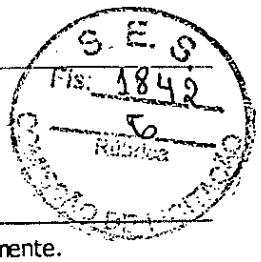
2007 - 2008
Análise das Anotações de Enfermagem em Prontuários de Pacientes Atendidos na Clínica Médica de um Hospital Escola

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.
Alunos envolvidos: Graduação: (1) .

TCE 1857

Integrantes: Queiliene Rosa dos Santos - Coordenador / Maria Márcia Bachion - Integrante.

Áreas de atuação



Idiomas

Espanhol	Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.
Inglês	Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.

Produções

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

Ordenar por

Ordem Cronológica

1. OLIVEIRA, N. F. ; MUNARI, D. B. ; BACHION, M. M. ; Santos, W. S. ; **SANTOS, Q. R.** . Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso) JCR, v. 43, p. 558-565, 2009.

Citações: SciELO 2 | SCOPUS 1

2. QUEGE, G. E. ; BACHION, M. M. ; LINO JUNIOR, R. S. ; LIMA, A. B. M. ; FERREIRA, Priscilla Santos ; **SANTOS, Q. R.** ; PIMENTA, F. C. . Estudo comparativo da ação de um produto à base de ácidos graxos essenciais (AGE) e de uma biomembrana de látex na microbiota de feridas crônicas infectadas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, p. 890/4-905, 2008.

Capítulos de livros publicados

1. NOVAIS, T. O. (Tatiana Oliveira Novais) ; MARTORELL, L.B. ; JORDÃO, L.M.R. ; **SANTOS, Q. R.** ; Karemme Ferreira de Oliveira . População Indígena: Deram-nos Espelhos e Vimos um Mundo Doente. In: Dais Gonçalves Rocha, Jacqueline Rodrigues de Lima, Luiz Mello, Ivanilde Vieira Batista. (Org.). Diversidade e Equidade no SUS: Parceria Universidade e Educação Popular. 1ed.Goiânia-GO: Cânone, 2008, v. 1, p. 13-123.

Trabalhos completos publicados em anais de congressos

1. **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. . Avaliação de úlceras venosas de estase no contexto do atendimento ambulatorial no distrito sanitário sudoeste da rede municipal de saúde de Goiânia: ampliando as perspectivas. In: VII Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão (CONPEEX): Conhecimento e Desenvolvimento Sustentável, 2010, Goiânia. Anais do VII Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão (CONPEEX): Conhecimento e Desenvolvimento Sustentável, 2010. p. 3512-3525.

2. **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. . ANÁLISE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL ESCOLA. In: VI Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão (CONPEEX): Ciência e Desenvolvimento Regional, 2009, Goiânia. Anais do VI Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão (CONPEEX): Ciência e Desenvolvimento Regional, 2009. p. 2642-2656.

Instituto GERIR
Fls. 268

3. **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. . ANÁLISE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL ESCOLA. In: V Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão (CONPEEX): Produção do conhecimento e tranformação social, 2008, Goiânia. Anais do V Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão (CONPEEX): Produção do conhecimento e tranformação social, 2008. p. 3370-3384.

Resumos expandidos publicados em anais de congressos

TCE 1858

1. MALAQUIAS, S. G. ; BACHION, M. M. ; Martins, Marlene Andrade ; BARROS, C.A. ; Pereira, L.V. ; SANTOS, S. L. ; **SANTOS, Q. R.** ; TORRES, G. V. . Analise de Fatores Relacionados e Caracteristicas Definidoras de Integridade Tissular Prejudiada em Pessoas com Ulceras Vasculogenicas em Atendimento Ambulatorial de Enfermagem. In: 10º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, 2010, Brasilia. 10 Simposio Nacional de Diagnostico de Enfermagem, 2010.

2. **SANTOS, Q. R.** ; Karemme Ferreira de Oliveira ; GONÇALVES, D. (Dais Gonçalves) ; LIMA, J. R. (Jacqueline Rodrigues Lima) ; BATISTA, I. V. ; NOVAIS, T. O. (Tatiana Oliveira Novais) ; NAKATANI, A. K. (Adélia Kiosen Nakatani) ; MORAIS, J.C.A. (Joaquim Carlos Alarcão Morais) . CAFÉ COM IDÉIAS: O DIREITO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. In: IV Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão (CONPEEX): Ciência, Educação e Compromisso Social, 2007, Goiânia. Anais do IV Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão (CONPEEX): Ciência, Educação e Compromisso Social, 2007. p. 3389-3392.

Fls. 1843

Resumos publicados em anais de congressos

1. PORTO, P.S. ; BACHION, M. M. ; BARROS, C.A. ; ROCHA, J. S. ; **SANTOS, Q. R.** . Pessoas com úlceras vasculares em atedimento há pelo menos 6 meses na rede ambulatorial: avaliação de relato de dor, emoçoes e capacidade funcional. In: III Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas, 2011, Rio de Janeiro. III Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas: Feridas em mãos solidárias, 2011.

2. MALAQUIAS, S. G. ; BACHION, M. M. ; VARANDA, L. P. ; SANTOS, S. L. ; **SANTOS, Q. R.** . Integridade da pele de area perilesional prejudicada em pessoas com úlceras venosas: estudo das correlações entre fatores relacionados, caracteristicas definidoras, complexidade da lesao e da deterioração da pele perilesao. In: III Congresso Brasileiro de Infectologia, 2011, Rio de Janeiro. III Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas: Feridas em mãos solidárias, 2011.

3. Martins, Marlene Andrade ; SANTOS, S. L. ; ARAUJO, N. P. ; LEAO, L. S. N. O. ; SANT'ANA, S.M.S.C. ; MALAQUIAS, S. G. ; BACHION, M. M. ; **SANTOS, Q. R.** ; LIMA, A. B. M. . Prevalência de Staphylococcus aureus Meticilina Resistente (MRSA) em úlceras venosas de pacientes atendidos em salas de curativos de unidades de saude de Goiania. In: XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010, Recife. XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010.

4. Martins, Marlene Andrade ; SANTOS, S. L. ; BACHION, M. M. ; LEAO, L. S. N. O. ; MALAQUIAS, S. G. ; ARAUJO, N. P. ; **SANTOS, Q. R.** ; SOUSA, C. P. C. . Frequencia e Suscetibilidade de Staphylococcus sp. isolados de úlceras venosas de pacientes atendidos em salas de curativos de unidades municipais de saude de Goiania. In: XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010, Recife. XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010.

5. SANTOS, S. L. ; Martins, Marlene Andrade ; LIMA, A. B. M. ; MALAQUIAS, S. G. ; **SANTOS, Q. R.** ; LEAO, L. S. N. O. ; BACHION, M. M. . Prevalência de Beta-Lactamase AMP-C em bacterias Gram-negaticas isoladas de ulceras venosas cronicas. In: XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010, Recife. XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010.

6. SANTOS, S. L. ; Martins, Marlene Andrade ; LIMA, A. B. M. ; SANT'ANA, S.M.S.C. ; ARAUJO, N. P. ; **SANTOS, Q. R.** ; LEAO, L. S. N. O. ; BACHION, M. M. . Enterobacteriaceae isoladas em úlceras venosas cronicas de usuarios de unidade municipais de saude de Goiania. In: XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010, Recife. XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010.

7. Martins, Marlene Andrade ; SANTOS, S. L. ; LEAO, L. S. N. O. ; LIMA, A. B. M. ; MALAQUIAS, S. G. ; ARAUJO, N. P. ; **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. . Resistencia MLSb em Staphylococcus aureus isolados de lesoes venosas de pacientes atendidos em salas de curativos de serviços municipais de saude de Goiania, GO. In: XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010, Recife. XII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2010.

8. **SANTOS, Q. R.** ; ROCHA, J. S. ; BACHION, M. M. . Registros de Enfermagem: análise na perspectiva do Processo de Enfermagem. In: III Simposio Internacional Processo de Enfermagem: verdades e desafios, 2009, Bauru. III Simposio Internacional Processo de Enfermagem: verdades e desafios, 2009.

Instituto GERIR
Fls. 269

Artigos aceitos para publicação

1. **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. ; BARROS, C.A. ; SANT'ANA, S.M.S.C. ; MALAQUIAS, S. G. . ÚLCERAS VENOSAS: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTO EM USUÁRIOS ATENDIDOS NA REDE AMBULATORIAL. Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso), 2012.

Apresentações de Trabalho

1. BACHION, M. M. ; BARROS, C.A. ; **SANTOS, Q. R.** . Dolor en personas con Ulceras Vasculares tratadas en Atencion Primaria de Salud y su relacion con la evolucion de la cicatrizacion. 2012. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

TCE 1859

2. MALAQUIAS, S. G. ; BACHION, M. M. ; Pereira, L.V. ; SANTOS, S. L. ; **SANTOS, Q. R.** . Integridade da Pele de Área Perilesional Prejudicada em Pessoas com Úlceras Vasculares: Estudo das correlações entre fatores relacionados, características definidoras, complexidade da lesão e deterioração da pele perilesão. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

3. Martins, Marlene Andrade ; SANTOS, S. L. ; BACHION, M. M. ; LEAO, L. S. N. O. ; MALAQUIAS, S. G. ; SANT'ANA, S.M.S.C. ; BARROS, C.A. ; **SANTOS, Q. R.** . Associação de sinais e sintomas clinicos de infecção de úlceras venosas com resultados da cultura de Sthaphylococcus sp nas lesões. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

E. S.
Fls: 1844

4. Martins, Marlene Andrade ; BACHION, M. M. ; SANTOS, S. L ; LEAO, L. S. N. O. ; MALAQUIAS, S. G. ; SANT'ANA, S.M.S.C. ; BARROS, C.A. ; **SANTOS, Q. R.** ; LIMA, A. B. M. . Caracterização de Staphylococcus Aureus Meticilina Resistentes (MRSA) isolados de úlceras venosas de perna de pessoas atendidos em unidades municipais de saúde de Goiania. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

5. Martins, Marlene Andrade ; BACHION, M. M. ; SANTOS, S. L ; LEAO, L. S. N. O. ; MALAQUIAS, S. G. ; SANT'ANA, S.M.S.C. ; BARROS, C.A. ; **SANTOS, Q. R.** ; LIMA, A. B. M. . Análise de ocorrencia de infecção por Sthaphylococcus sp em amostras de úlceras venosas de perna de pacientes atendidos em unidades municipais de saúde de Goiania. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

6. SANTOS, S. L. ; Martins, Marlene Andrade ; LEAO, L. S. N. O. ; LIMA, A. B. M. ; MALAQUIAS, S. G. ; SANT'ANA, S.M.S.C. ; BARROS, C.A. ; **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. . Produção de B-lactamase AMPC em bastonestes gran-negativos isolados de úlceras venosas. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

7. PORTO, P.S. ; BACHION, M. M. ; BARROS, C.A. ; Rocha, J. S. ; **SANTOS, Q. R.** . Pessoas com úlceras vasculares em atendimento há pelo menos 6 meses na rede ambulatorial: avaliação do relato de dor, emoções e capacidade funcional. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

8. Martins, Marlene Andrade ; BACHION, M. M. ; SANTOS, S. L ; LEAO, L. S. N. O. ; MALAQUIAS, S. G. ; SANT'ANA, S.M.S.C. ; BARROS, C.A. ; **SANTOS, Q. R.** . Resistencia Induzivel ao grupo MLSB em Sthaphylococcus aureus isolados de úlceras venosas de perna de pessoas atendidas em salas de curativos de serviços municipais de Goiania, GO. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

9. Martins, Marlene Andrade ; SANTOS, S. L ; BACHION, M. M. ; LEAO, L. S. N. O. ; MALAQUIAS, S. G. ; SANT'ANA, S.M.S.C. ; BARROS, C.A. ; **SANTOS, Q. R.** . Alto nível de resistencia a meticilina em Sthaphylococcus aureus isolados de úlceras venosas de usuários atendidos na atenção primária do municipio de Goiania, GO. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

10. **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. . AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS DE ESTASE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO DISTRITO SANITÁRIO SUDOESTE DA REDE MUNICIPAL DE GOIÂNIA. 2010. (Apresentação de Trabalho/Seminário).

11. **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. ; Rocha, J. S. . ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL ESCOLA REVELAM A METODOLOGIA DE ASSISTÊNCIA UTILIZADA NA PRÁTICA PROFISSIONAL. 2010. (Apresentação de Trabalho/Outra).

12. SANTOS, S. L ; ANDRADE, M. M. ; LIMA, A. B. M. ; MALAQUIAS, S. G. ; **SANTOS, Q. R.** ; LEAO, L. S. N. O. ; BACHION, M. M. . PREVALÊNCIA DE BETA-LACTAMASE AMP-C EM BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS ISOLADAS DE ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

13. SANTOS, S. L ; ANDRADE, M. M. ; LIMA, A. B. M. ; SANTANA, S. M. S. C. ; ARAUJO, N. P. ; **SANTOS, Q. R.** ; LEAO, L. S. N. O. ; BACHION, M. M. . ENTEROBACTERIACEAE ISOLADAS EM ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS DE USUÁRIOS DE UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE GOIÂNIA - GO. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

14. **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. . Análise das anotações de enfermagem em prontuários de pacientes atendidos na clínica médica de um hospital escola. 2009. (Apresentação de Trabalho/Outra).

Instituto GERIR
Fls: 270

15. BACHION, M. M. ; **SANTOS, Q. R.** ; ROCHA, J. S. . Registros de enfermagem: Analise na perspectiva do processo de enfermagem. 2009. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

16. **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. . Analise das anotações de enfermagem em prontuarios de pacientes atendidos na

clinica medica de um hospital escola. 2009. (Apresentação de Trabalho/Outra).

17. ROCHA, Barbara Souza ; SOUSA, A. C. N. ; TONHA, A. C. M. ; MARTINS, D. M. C. ; Karemme Ferreira de Oliveira ; FERREIRA, Priscilla Santos ; **SANTOS, Q. R.** ; SANTOS, T. A. P. ; AIRES, V. G. S. . Dengue: Decifra-e ou devoro-te. 2009. (Apresentação de Trabalho/Outra).

TCE 1860

18. **SANTOS, Q. R.** ; BACHION, M. M. . Análise das Anotações de Enfermagem em Prontuários de Pacientes Atentidos na Clínica Médica de um Hospital Escola.. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

S. E. S. 1845

19. FERREIRA, Priscilla Santos ; **SANTOS, Q. R.** ; SANTOS, S. L. . Relato de Experiência do Perioperatório de uma Cirurgia Ortopédica de Artroplatia Total de Quadril com a Implantação da Sistematização da Assistêcia de Enfermagem (SAE).. 2008. (Apresentação de Trabalho/Outra).

20. **SANTOS, Q. R.** ; Karemme Ferreira de Oliveira ; LIMA, J. R. (Jacqueline Rodrigues Lima) ; BATISTA, I. V. ; NOVAIS, T. O. (Tatiana Oliveira Novais) ; NAKATANI, A. K. (Adélia Kiosen Nakatani) ; MORAIS, J. C. A.(Joaquim Carlos Alarcão Morais) . Café com Idéias: O Direito à Saúde dos Povos Indígenas. 2007. (Apresentação de Trabalho/Outra).

21. OLIVEIRA, N. F. ; MUNARI, D. B. ; BACHION, M. M. ; Santos, W. S. ; **SANTOS, Q. R.** . Avaliação dos Fatores Terapêuticos em Grupo de Diabéticos. 2007. (Apresentação de Trabalho/Outra).

22. **SANTOS, Q. R.** ; Karemme Ferreira de Oliveira ; GONÇALVES, D. (Dais Gonçalves) ; LIMA, J. R. (Jacqueline Rodrigues Lima) ; NOVAIS, T. O. (Tatiana Oliveira Novais) ; NAKATANI, A. K. (Adélia Kiosen Nakatani) ; MORAIS, J. C. A.(Joaquim Carlos Alarcão Morais) . Café com Idéias: O Direito à Saúde dos Povos Indígenas. 2007. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Produção técnica

Trabalhos técnicos

1. MALAQUIAS, S. G. ; **SANTOS, Q. R.** . Integridade da pele de área perilesional prejudicada e integridade tissular prejudicada em portadores de úlceras venosas atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia. 2009.

2. **SANTOS, Q. R.** . Pronto Sorriso I. 2008.

3. **SANTOS, Q. R.** . Estudo Comparativo do uso de um produto à base de ácidos graxos essenciais (AGE). 2007.

4. **SANTOS, Q. R.** . Introdução à Abordagem Multiprofissional no Tratamento de Feridas. 2007.

Demais tipos de produção técnica

1. **SANTOS, Q. R.** . Capacitaçao em Tuberculose. 2012. (Curso de curta duração ministrado/Outra).

2. **SANTOS, Q. R.** . Capacitação em Atualização e Avaliação no Tratamento de Feridas. 2011. (Curso de curta duração ministrado/Outra).

Eventos

Instituto GERIR
Fls. 271

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. V Congresso Iberolatinoamericano sobre Ulceras Y Heridas. 2012. (Congresso).

2. V Congresso Iberolatinoamericano sobre Ulceras Y Heridas. Dolor en personas con Ulceras Vasculares tratadas en Atencion Primaria de Salud y su relacion con la evolucion de la cicatrizacion. 2012. (Congresso).

3. Seminário Estadual de Manejo Clínico de Tuberculose. 2011. (Seminário).

4. XVIII Seminário de Iniciação científica. AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS DE ESTASE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO DISTRITO SANITÁRIO SUDOESTE DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. 2010. (Seminário).

5. I Simpósio de Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenções em Saúde. 2010. (Simpósio).

TCE 1861

6. 71ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. 2010. (Outra).

S. E. S. Fls: 1846 6 Rubrica

7. VI Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão. 2009. (Congresso).

8. As Políticas de Saúde da Mulher. 2009. (Seminário).

9. III Seminário de Gestão da Saúde. 2009. (Seminário).

10. 70ª Semana Brasileira de Enfermagem. 2009. (Outra).

11. 70ª Semana Brasileira de Enfermagem. Análise das anotações de enfermagem em prontuários de pacientes atendidos na clínica médica de um hospital escola. 2009. (Outra).

12. V Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão - V CONPEEX. 2008. (Congresso).

13. Equidade e Promoção da Saúde: perspectivas em avaliação. 2008. (Seminário).

14. V Congresso de Pesquisa, Ensino e Extenção/XVI Seminário de Iniciação científica. Análise das Anotações de Enfermagem em Prontuários de Paciente Atentidos na Clínica Médica de um Hospital Escola.. 2008. (Seminário).

15. Das margens aos centros: sexualidade, gêneros e direitos humanos. 2008. (Seminário).

16. Simposio: Planejamento para a Docência: abordagens inovadoras e Planejamento para a Docência: Aspectos didáticos. 2008. (Seminário).

17. Simpósio Internacional Globalização e Determinantes da Saúde: Implicações para o Desenvolvimento de Recursos Humanos e os Sistemas de Saúde. 2008. (Simpósio).

18. I Tele-Simpósio de cuidados paliativos no idoso. 2008. (Simpósio).

19. VI Mostra Científica e Cultutal da Faculdade de Enfermagem. 2008. (Outra).

20. VI MOstra Científica e Cultutal da Faculdade de Enfermagem. Relato de Experiência do Perioperatório de uma Cirurgia ortopédica de Artroplastia Total de Quadril com a Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).. 2008. (Outra).

21. IV Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão. 2007. (Congresso).

22. IV Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão. Café com Idéias: O Direito à Saúde dos Povos Indígenas. 2007. (Congresso).

23. Educação Popular: abordagem participativa no ensinar a aprender. 2007. (Oficina).

24. Café com idéias: Direito à saúde e os povos índigenas. 2007. (Encontro).

25. VI Mostra Saúde Goiás e do Seminário Internacional do Projeto de Cooperação Técnica de Goiáis. 2007. (Outra).

26. V Mostra Científica e Cultural da Faculdade de Enfermagem. 2007. (Outra).

27. Café com Idéias: SUS, Extensão Universitária e a Promoção da Equidade Social. 2007. (Outra).

Instituto GERIR Fls. 272

28. I Fórum de Pesquisa Clínica em Enfermagem. 2007. (Outra).

29. I Mostra Parceria Ensino- Serviço- Comunidade e II Encontro Discente do Pró Saúde. 2007. (Outra).

30.

V Mostra Científica e Cultural da Faculdade de Enfermagem.Café com Idéias: O Direito à Saúde dos Povos Indígenas. 2007. (Outra).

31. 59ª Reunião Anual da SBPC.Avaliação dos Fatores Terapêutivos em Grupo de Diabéticos. 2007. (Outra).

32. Café com Idéias: Direito à saúde: na Ciranda da Integralidade. 2007. (Outra).

TCE 1862

33. V Ciclo de Terapias Alternativas e I Jornada de Promoção da Saúde. 2007. (Outra).

S. E. S. Fls: 1847 6 Rubrica

34. III Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão - III CONPEEX. 2006. (Congresso).

35. I Simpósio Sobre Tópicos Especiais em Doenças Infecciosas. 2006. (Simpósio).

36. Café com Idéias: Sus o Direito a Saúde e a População Negra. 2006. (Oficina).

37. Café com Idéias: Sus o Direito à Saúde e à Diversividade Sexual. 2006. (Outra).

38. IV Mostra Cientifica e Cultural da Faculdade de Enfermagem. 2006. (Outra).

39. III Encontro Cientifico dos Academicos de Enfermagem. 2005. (Encontro).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. BACHION, M. M. ; **SANTOS, Q. R.** . I Simposio de tecnologias de avaliação, diagnostico e intervençoes em saude. 2010. (Outro).

2. **SANTOS, Q. R.** ; GONÇALVES, D. (Dais Gonçalves) ; LIMA, J. R. (Jacqueline Rodrigues Lima) . Equidade e Promoção da Saúde: perspectiva em avaliação. 2008. (Outro).

3. **SANTOS, Q. R.** . II Mostra Parceria Ensino-Serviço- Comunidade da Universidade Federalde Goiás. 2008. (Outro).

4. **SANTOS, Q. R.** . I Fórum de Pesquisa Clínica em Enfermagem. 2007. (Outro).

5. **SANTOS, Q. R.** . I Mostra Parceria Ensino-Serviço-comunidade/UFG - IIEncontro Discente do Pró-saúde.. 2007. (Outro).

6. BATISTA, I. V. ; GONÇALVES, D. (Dais Gonçalves) ; LIMA, J. R. (Jacqueline Rodrigues Lima) ; Karemme Ferreira de Oliveira ; MORAIS, J. C. A.(Joaquim Carlos Alarcão Morais) ; **SANTOS, Q. R.** ; NOVAIS, T. O. (Tatiana Oliveira Novais) . Café com idéias: Direito à saúde e os povos índigenas. 2007. (Outro).

7. BATISTA, I. V.(Ivanilde Vieira Batista) ; GONÇALVES, D. (Dais Gonçalves) ; NOVAIS, T. O. (Tatiana Oliveira Novais) ; LIMA, J. R. (Jacqueline Rodrigues Lima) ; **SANTOS, Q. R.** ; Karemme Ferreira de Oliveira . Café com Idéias: SUS, Extensão Universitária e a Promoção da Equidade Social. 2007. (Outro).

8. **SANTOS, Q. R.** . Café com Idéias: Direito à Saúde: na Ciranda da Integralidade. 2007. (Outro).

9. **SANTOS, Q. R.** . I Simpósio Sobre Tópicos Especiais em Doenças Infecciosas. 2006. (Outro).

10. **SANTOS, Q. R.** . Café com Ideías: Sus o Direito a Saúde e a População Negra. 2006. (Outro).

11. GONÇALVES, D. (Dais Gonçalves) ; LIMA, J. R. (Jacqueline Rodrigues Lima) ; BATISTA, I. V. ; NOVAIS, T. O. (Tatiana Oliveira Novais) ; **SANTOS, Q. R.** ; Karemme Ferreira de Oliveira . Café com Idéias: Sus o Direito à Saúde e à Diversividade Sexual.. 2006. (Outro).

Instituto GERIR Fls. 273

Outras informações relevantes

- Auxiliar de pesquisa: Estudo Comparativo do uso de um produto à base de ácidos graxos essenciais (AGE) e de uma biomembrama de látex no tratamento de feridas

crônicas infectadas, de março à julho de 2007 (240h) - Monitora da disciplina: Introdução à abordargem multiprofissional no tratamento de feridas (32h)

TCE 1863

S E S
Fls: 1848
Rubrica

Instituto GERIR
Fls. 274

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Rua R nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2223 - FAX: (62) 3093-2000
0206120828170802600648 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original
Goiânia-GO, 09 de dezembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

O Reitor da Universidade Federal de Goiás confere o grau de

Bacharel e Licenciada em Enfermagem

a

Queiliene Rosa dos Santos

brasileira, nascida em Goiânia - Goiás, no dia 28 de agosto de 1985, documento de identificação n° 4415204/GO, tendo em vista a conclusão do curso de Enfermagem, Bacharelado e Licenciatura, no 2° semestre de 2010, com colação de grau em 8 de fevereiro de 2011 e lhe expede o presente diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 8 de fevereiro de 2011.

Prof. Dr. Edward Madureira Brasil
Reitor

Profª. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do CGA

Queiliene Rosa dos Santos
Diplomada

UFG

Instituto GERIR
Fls. 275

TE 1864

Renovado o reconhecimento do curso pela Portaria SESu/MEC nº 728, de 23/10/2008 - D.O.U. - 24/10/2008.

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS -

(Curso reconhecido pela Portaria MEC nº 1225 de 18/12/1979 - D.O.U. 18/12/1979)

Diploma registrado por delegação de competência do MEC, nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei nº 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional)- D.O.U. de 23/12/1996.

Registro nº 78636, em 08/02/2011 - Processo nº 23070.024100/2010-83.

Goiânia, 8 de fevereiro de 2011.

Solange Rocha Caetano

Assist. em Administração em exercício da GERD

DAA/UFG

Código de controle do diploma: 8835.F632.47D2.EB46

6º CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

8206120628170802600648 5 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.

Goiânia-GO, 09 de dezembro de 2013.

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Nome: QUEILIENE ROSA DOS SANTOS

I - ENFERMEIRO

Registro no 245136 Em 04/05/2011 Livro 12 Folha 139

DRC Presidente

478216

APOSTILA DE SEGURANÇA

QUEILIENE ROSA DOS SANTOS

Documento nº 4415204/GO

040670

CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO

Universidade de Brasília
Decanato de Pesquisa e Pós-Graduação
Secretaria de Administração Acadêmica

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA GOIÁS
02061208281708028006488 - Consulte em http://extrajud.cial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 08 de dezembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Certificamos que Queiliene Rosa dos Santos,

de nacionalidade brasileira, nascida no Estado de Goiás,

no dia 28 de agosto de 1985, documento de identificação 441552042 GO,

concluiu o curso de especialização em Gestão de Saúde,

na UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, no período de 24 de janeiro de 2011 a 15 de dezembro de 2012,

Carga Horária de 480 horas .

Instituto GEC
Fls. 2 76

Brasília - DF, 21 de março de 2013

Certificado registrado sob o nº 332
no livro nº 31 folha nº 67

Decano de Pesquisa e Pós-Graduação

1865

Universidade de Brasília
Secretaria de Administração Acadêmica

APOSTILA

O Curso de Especialização concluído está de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases nº 9394/96 e com as normas do CNE.

Brasília, 3 de abril de 2013.

Arnaldo Carlos Alves
Secretário de Administração Acadêmica

Jaime Martins de Santana
Professor Titular
Decano de Pesquisa e Pós-Graduação
Universidade de Brasília

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

02061208281700028006487 - Consulte:
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 09 de dezembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Tabelião de Notas de Goiânia
Escrevente

016303

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

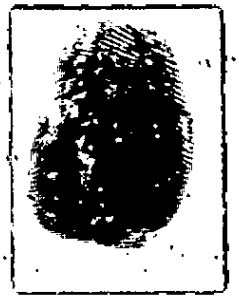
PIS/PASEP: 133.05767.31-5

NÚMERO: 3449605 | SÉRIE: 001-0 | UF: GO

Queilene Rosa dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02 QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: QUEILENE ROSA DOS SANTOS
LOC. DE NASC.: RUBIATABA - GO
24/MAI/1985 NASCIMENTO
FILIAÇÃO: QUEILENE ROSA DOS SANTOS
BENEDITA DA PENHA SANTANA
DOC. APRESENTADO: RG 4415204 DGPC GO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
LEI Nº 6.graf, DE 13 DE MAIO DE 1995.
RG: 4415204
CPF: 010.009.211-07
LOCAL DA EMISSÃO: SERVIÇO NACIONAL DE EMPREGO
EMISSÃO: 13/11/2002

Fls 1866

CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA

04 CONTRATO DE TRABALHO 02 620 819 / 0001 - 07

EMPREGADOR: MARCOS ANTONIO DE SOUZA ARAÚJO E CIA. LTDA.
CGC/CPF/CEI:
ENDEREÇO: RUA 25 Nº 91 - SETOR MARISTA - CEP. 74450-180
MUNICÍPIO: GOIANIA - GO
ESP. DO ESTABELECIMENTO: Ensino
CARGO: Recepcionista
CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 01 DE março DE 2004
REGISTRO Nº: Livro 02 FLS./FICHA: 56
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R$ 268,80 Duzentos e sessenta e oito reais e oitenta centavos
Marcos Antonio de Souza Araújo & Cia. Ltda.
1ª Marcos Antonio de Souza Araújo (sócio)

DATA DE SAÍDA: 20 DE dezembro DE 2006
COLÉGIO PROTÁGORAS GOIÁS - ME
Osmar Rosa Silva
DIRETOR
1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº 558338
FGTS Nº DA CONTA:

Vide pag - 28 , Vide Pag 29

07 CONTRATO DE TRABALHO 01.460.696/0001-24

EMPREGADOR: ASSOCIAÇÃO APARECIDENSE DE EDUCAÇÃO
CGC/CPF/CEI:
ENDEREÇO: Rua Campo Grande, nº 26 - Jardim Esmeralda CEP: 74.944-290
MUNICÍPIO: APARECIDA DE GOIÂNIA - GO
ESP. DO ESTABELECIMENTO: Ensino
CARGO: professor(a)
CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 01 DE agosto DE 2012
REGISTRO Nº: FLS./FICHA:
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R$ 836,91 (oitocentos e trinta e seis reais e noventa e um centavos) p/ hora/aula
Ludmila Loudene
1ª ASSOCIAÇÃO APARECIDENSE DE EDUCAÇÃO

DATA DE SAÍDA: DE DE 19
1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº:
FGTS Nº DA CONTA:

Instituto GERIR
Fls. 277

AUTENTICAÇÃO - Cartório Indio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº 1755 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 12 de Dezembro de 2013. ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026399665.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

GERIR

TCE 1867

S. E. S
Fls: 1852
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

7.3 COMPROVAÇÕES DA QUALIFICAÇÃO DO CORPO TÉCNICO

Instituto GERIR
Fls. 378

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Fazendo o melhor pra você.

TCE 1868

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde de Goiás
Rua: SC - 1, N.º 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
Telefone: (62) 3201-2440

S. E. S.
Fls. 1853

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica do Corpo Técnico

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, INSCRITA no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, Nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia/GO, **ATESTA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão nº 0064/2012/SES/GO e seus aditivos, realiza a Gestão do Hospital de Urgências de Goiânia/**HUGO** visando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do referido hospital, desde maio de 2012.

O **HUGO** é uma Unidade Hospitalar Pública Estadual, Unidade de Urgência e Emergência, referência para o Centro Oeste, com 305 leitos hospitalares gerais, sendo 58 leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Desenvolve o Programa de Residência Médica e Residência Multiprofissional, qualificado pelo MEC. A **Residência Médica** nas áreas de Clínica Médica; Geriatria; Neurologia; Cardiologia; Ortopedia; Cirurgia Geral e Medicina Intensiva.

Utiliza o Acolhimento do Paciente com Classificação de Risco, segundo o protocolo de Manchester. Desenvolve também o Programa de Captação de Órgãos para Transplante.

O Instituto **GERIR** realiza o cumprimento da totalidade das metas dos indicadores **qualitativos** e **quantitativos**, com pontuação no nível ótimo. A produção/volume dos serviços prestados é superior à produção contratualizada.

O **HUGO** possui em sua estrutura assistencial:

Pronto Atendimento: Unidade de Trauma; Emergência Clinica; Emergência Pediátrica; Observação e Sala de Classificação de Risco.

Traumatologia:02 Unidades

Clínica Médica: Clinica Medica; Neurologia; Cardiologia; Geriatria.

Clínica Cirúrgica: Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular

Unidade de Tratamento Intensivo: Geral e Neurológica

Ambulatório: com 21 salas

Centro Cirúrgico: O Centro Cirúrgico possui 10 salas equipadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto todos os dias da semana. Possui 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA com 8 leitos.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial com

Instituto GERIR
Fls. 279

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Fazendo o melhor pra você.

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde de Goiás
Rua: SC - 1, N.º 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
Telefone: (62) 3201-2440

S. E. S. Fls. 1854

experiência na Gestão pública e privada de Serviços de Saúde e com experiência na Gestão do **HUGO** e nas suas funcionalidades.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisão se necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no hospital.

Por ser verdade firmamos o presente.

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde de Goiás, aos 06 dias do mês de dezembro de 2013.

6º TABELIONATO

Antônio Faleiros Filho
Secretário de Estado da Saúde

Tabelionato de Notas do Cartório de Goiânia
Escrevente

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-0[illegible]

02061306181331023073747 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança a assinatura de ANTONIO FALEIROS FILHO (6005) análoga a de nosso arquivo. dou fé. Goiânia, 12 de dezembro de 2013. Em Test° da verdade - Weder Paulo de Oliveira - Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 280

TCE 1870

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

S. E. S. Fls. 1855

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, Inscrita no CNPJ 08.778.268/0001-60, com sede na Avenida D. Pedro II, Nº 1826, Torre, João Pessoa/PB **CERTIFICA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0064/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na Maternidade Dr. Peregrino Filho de Patos, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é uma maternidade de alto risco que opera com capacidade operacional de 80 leitos gerais, sendo destes 06 leitos de UTI Neonatal, 06 leitos de UTI Materna e 06 Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários. Possui ainda Banco de Leite Materno, Alojamento Conjunto e Unidade Mãe Canguru e foi Certificada na Rede Cegonha na Gestão do Instituto GERIR. A Maternidade tem ainda a Certificação de Hospital Amigo da Criança.

Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias de urgência e eletivas ginecológicas e obstétricas.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Hospitalar Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial Técnico, com experiência na Gestão da Maternidade de Patos e nas suas funcionalidades.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisão se necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no hospital.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2013.

Waldson Dias de Souza
Secretario Estadual de Saúde da Paraíba

Instituto GERIR
Fls. 281

Av. D. Pedro II, Nº.1826 – Torre – João Pessoa - PB
CEP 58013-000 - Fone: (83) 3218-7307 / 7447-7350

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

S. E. S. Fls: 1856 Rubrica

CERTIFICAMOS para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0065/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Hospital Distrital de Taperoá, Paraíba, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é um hospital geral que opera com capacidade operacional de 60 leitos gerais, sendo Clínica Médica, Clinica Cirúrgica, Clinica Pediátrica, Pronto Atendimento e Ambulatório. Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Hospitalar Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial Técnico, com experiência na Gestão do Hospital Distrital de Taperoá e nas suas funcionalidades.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisão se necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no hospital.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2013.

Waldson Dias de Souza
Secretario Estadual de Saúde da Paraíba

Instituto GERIR Fls. 282

TCE 1872

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

S. E. S.
Fls: 1857
Rubrica

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, Inscrita no CNPJ 08.778.268/0001-60, com sede na Avenida D. Pedro II, Nº 1826, Torre, João Pessoa/PB **CERTIFICA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0066/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na UPA I de Guarabira, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição é uma Unidade que atende urgências e emergências, adulto e pediátrica, no município de Guarabira. No atendimento de urgência e emergência, utiliza a Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias ambulatoriais de pequeno porte. Atendimento de 5.600 usuários mês em média.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade de Pronto Atendimento Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial Técnico, com experiência na Gestão da UPA e nas suas funcionalidades.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisão se necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde na UPA I de Guarabira.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2013.

Waldson Dias de Souza
Secretario Estadual de Saúde da Paraíba

Instituto GERIR
Fls. 283

Av. D. Pedro II, Nº.1826 – Torre – João Pessoa - PB
CEP 58013-000 - Fone: (83) 3218-7307 / 7447-7350

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO
"HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA"

MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO

S. E. S. Fls: 1858 Rubrica

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

TCE 1873

CERTIFICAMOS para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0064/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na Maternidade Dr. Peregrino Filho de Patos, Paraíba, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é uma maternidade de alto risco que opera com capacidade operacional de 80 leitos gerais, sendo destes 06 leitos de UTI Neonatal, 06 leitos de UTI Materna e 06 Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários. Possui ainda Banco de Leite Materno, Alojamento Conjunto e Unidade Mãe Canguru e foi Certificada na Rede Cegonha na Gestão do Instituto GERIR. A Maternidade tem ainda a Certificação de Hospital Amigo da Criança.

Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias de urgência e eletivas ginecológicas e obstétricas.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Hospitalar Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial Técnico, com experiência na Gestão da Maternidade de Patos e nas suas funcionalidades.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisão se necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no hospital.

Patos, 05 de dezembro de 2013.

Dr. Paulo Sérgio Franca de Athayde
Diretor Geral

Dr. Paulo Sergio Franca de Athayde
Driretor Geral

ALDO XAVIER - 3º OFÍCIO DE PROTESTOS - 3º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS
Reconheço por semelhança a(s) Firma(s) de: PAULO SERGIO FRANCA DE ATHAYDE
conforme autografo arquivado neste Ofício.
Patos, 06/12/2013. Em Testemunho da verdade.
Djalma de Souza Santos - Sp. Subst.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 3º OFÍCIO - FONE: (83) 3421-3438 - FAX: (83) 3421-8630

Instituto GERIR Fls. 284

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HGT
HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ

TCE 1874

S. E. S.
Fls: 1859

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

CERTIFICAMOS para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0065/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde noHospital Distrital de Taperoá, Paraíba, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é umhospital geral que opera com capacidade operacional de 60 leitos gerais, sendo Clínica Médica, Clinica Cirúrgica, Clinica Pediátrica, Pronto Atendimento e Ambulatório. Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização da Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade Hospitalar Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial Técnico, com experiência na Gestão do Hospital Distrital de Taperoá e nas suas funcionalidades.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisãose necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no hospital.

Taperoá, 05 de dezembro de 2013.

Maria de Fátima Dias de Tolêdo Coura

Maria de Fátima Dias de Tolêdo Coura
Diretora Geral

Serviço Notarial e Registral de Taperoá
Rua Manoel Dantas Vilar, 96 - Centro
Fone/Fax: (083) 3463-2578
Reconheço por ☐ autenticidade ☐ semelhança a(s) firma Maria de Fátima Dias de Tolêdo Coura
Taperoá-PB 06 DEZ 2013
Emol: R$0,71 Fesp: R$0,71 Farpen: R$0,71
Mafalda Araújo Fernandes
Tabeliã
p/ Carlos Roberto T. Filho
ESCREVENTE

Instituto GERIR
Fls. 285

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL GERAL DE TAMBAÚ

Comitê de Experiência e Capacidade Técnica

CERTIFICAMOS para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/GERIR CNPJ nº 14.253.877/0001-17, através do Contrato de Gestão Emergencial Nº **6800/2015** estabelecem parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Hospital Distrital de Tambaú. Partindo desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição Hospitalar é multihospitalar geral que opera com capacidade operacional de 60 leitos gerais, sendo Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Pronto Atendimento e Ambulatório. Possui atendimento de urgência e emergência, com utilização de Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atua na Unidade Hospitalar Especial Implica compondo direto gerencial e administrativo demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A organização apresenta em seu direto de funcionários e consultores, Corpo Gerencial Técnico, com experiência na Gestão do Hospital Distrital de Taboleiro e nos seus funcionalidades.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisões processuais das metas pactuadas sendo as ações em saúde no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no possível.

Tambaú, 20 de dezembro de 2015

Diretor Geral

Lenita de Farias Dias de Araújo Costa

TCE 1875

GOVERNO DA PARAÍBA

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO GUARABIRA

S. E. S. Fls. 1860 Rubrica

Certidão de Experiência e Capacidade Técnica

CERTIFICAMOS para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão Emergencial **Nº 0066/ 2013** estabeleceu parceria com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde na UPA I de Guarabira, Paraíba, desde 10 de junho de 2013.

A referida Instituição é uma Unidade que atende urgências e emergências, adulto e pediátrica, no município de Guarabira. No atendimento de urgência e emergência, utiliza a Classificação de Risco de Manchester. Realiza cirurgias ambulatoriais de pequeno porte. Atendimento de 5.600 usuários mês em média.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR atuou na Unidade de Pronto Atendimento Estadual Pública compondo quadro gerencial e equipe gestora e demonstrando eficiência e credibilidade institucional nos trabalhos apresentados.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial Técnico, com experiência na Gestão da UPA e nas suas funcionalidades.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisão se necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no hospital.

Cartório do 3º Ofício

Guarabira, 05 de dezembro de 2013.

SAMIR CABUS HALULE JUNIOR
Coordenador Administrativo

Instituto GERIR
Fls. 286

Unidade de Pronto Atendimento
CNPJ: 08.778.268/0051-20
Rodovia PB – 057, S/N, Conjunto Pro Moradia
Guarabira – PB CEP: 58.200-000

CARTORIO 3º OFICIO DE NOTAS
CARTÓRIO FÁTIMA PAULINO

Reconheço por **SEMELHANÇA** a(s) firma(s) de:
SAMIR CABUS HALULE JUNIOR
conforme autógrafo arquivado neste ofício. Em test° da verdade.
GUARABIRA - PB
Em **06/12/2013**
Wilson de Freitas Santos
Tabelião Substituto

CARTORIO 3º OFICIO
Praça Lima e Moura, 105
Centro
Fone: (83) 3271-2090
GUARABIRA - PB

GERIR

TCE 1876

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica

S. E. S.
Fls: 1861
Rubrica

Atestamos para fins de comprovação que, a **Sra. Rita de Cássia Bertão Cataneli, RG 111.368.698 SSP/SP**, atua junto ao Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, como Consultora, na área de Planejamento e Monitoramento do Contrato de Gestão Nº 0064/2012, do Hospital de Urgências de Goiânia/HUGO, desde maio de 2012.

Atestamos ainda, que sempre foram demonstradas a eficiência e a credibilidade dos trabalhos apresentados e que os mesmos são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa.

Atenciosamente,

Goiânia, 22 de novembro de 2013.

Adm. Vilma Soares da Silva
Diretora de Recursos Humanos
Instituto de Gestão em Saúde/GERIR

Instituto GERIR
Fls. 287

1º Tab.

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) assinatura(s) de: 392881 - VILMA SOARES DA SILVA
Goiânia/GO - 26/11/2013 14:57:08 - U=27
N° Selo Eletrônico: 02011310112290281552
Em Testemunho da verdade
Marcelo Calabria Filho
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3778

1º Tabelionato de Notas
Goiânia - GO
Marcelo Calabria Filho

TCE 1877

S. E. S.
Fls: 1862
Rubrica

Rita de Cássia Bertão Cataneli
Curriculum Vitae

Novembro/2013

Instituto GERIR
Fls. 288

Rita de Cássia Bertão Cataneli

TC 1878

Curriculum Vitae

E. S.
Fls. 1863
6
Rubrica

Dados pessoais

Nome Rita de Cássia Bertão Cataneli
Nome em citações bibliográficas CATANELI, R. C. B.
Sexo Feminino

Cor ou Raça Branca

Filiação JORGE BERTÃO e IVONE FAZZANO BERTÃO
Nascimento 24/08/1963 - ASSIS/SP - Brasil
Carteira de Identidade 111368698 SSP - SP - 30/12/2003
CPF 042.867.278-74

Endereço residencial SQN 316 BL. I APTO 509 - Brasília
70775-090. DF - Brasil
Telefone: 61 34477855
Celular 61 92121446

Endereço profissional Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Setor de Autarquias Sul, Ed. Terra Brasilis, Quadra 1 Bloco N – 14ª andar - Brasília. CEP: 70070-010. DF – Brasil - Telefone: 61 32223000
URL da home page: www.conass.org.br

Endereço eletrônico
E-mail para contato: rita.cataneli@conass.org.br
e-mail alternativo: ritabertao@hotmail.com

Formação acadêmica/titulação

2010 - 2012 Mestre em Saúde Coletiva.
Universidade de Brasília, UNB, Brasília, Brasil
Título: FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE NA GESTÃO ESTADUAL DO SUS, Ano de obtenção: 2012
Orientador: Maria Fátima de Sousa

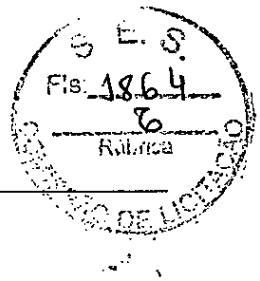
2005 - 2006 Mestre em Economia da Saúde e Farmacoeconomia.
Universidade Pompeu Fabra, IDEC/UPF, Barcelona, Espanha
Título: Estudo dos valores pagos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, no ano de 2006, para os 10 (dez) objetos/programas de maior impacto financeiro na execução de ações inseridas no escopo da Atenção Primária à Saúde., Ano de obtenção: 2007
Orientador: Jaume Puig-Junoy

Instituto GERIR
Fls. 289

1987 - 1988 Especialização em Enfermagem de Saúde Pública.
Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil

TC 1879

1981 - 1985 Graduação em ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA.
Universidade Estadual de Londrina/PR, UEL, Brasil



Atuação profissional

1. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

Vínculo institucional

2003 - Atual Vínculo: Empregado, Enquadramento funcional: COORDENADORA TÉCNICA, Regime: Parcial

2. Instituto Sallus - SALLUS

Vínculo institucional

1997 - 2003 Vínculo: Diretor, Enquadramento funcional: Diretora Técnica, Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações: Consultoria e Assessoria em Administração Pública, com ênfase na área da saúde.

3. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF

Vínculo institucional

1996 - 1997 Vínculo: Colaborador, Enquadramento funcional: Colaboradora externa, Regime: Parcial
Outras informações: Coordenação geral do Projeto Município Amigo da Criança, desenvolvido em parceria com o Conasems. Avaliação da participação do UNICEF no Projeto de Redução da Mortalidade Infantil no Brasil

4. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SESSP

Vínculo institucional

1995 - 1997 Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Diretora Técnica de Departamento de Saúde , Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva
Outras informações:
Diretora Técnica de Departamento de Saúde da Direção Regional de Saúde de Assis - DIR VIII

Instituto GERIR
Fls. 2130

-Diretora Técnica de Departamento de Saúde do Hospital Regional de Saúde de Assis

5. Secretaria Municipal de Saúde de Assis - SMS ASSIS-SP

Vínculo institucional

1993 - 1995 Vínculo: Comissionada, Enquadramento funcional: Assistente Técnico I , Carga horária: 40hs. Regime: Integral

6. Prefeitura Municipal de Campinas/SP - PM CAMPINAS

Vínculo institucional

1989 - 1991 Vínculo: Servidor público, Enquadramento funcional: Coordenadora de Unidade Básica de Saúde, Carga horária: 40hs. Regime: Integral

7. Pronto Socorro Infantil Sabará - PSIS

Vínculo institucional

1987 - 1989 Vínculo: Celetista formal, Enquadramento funcional: Enfermeira, Carga horária: 40hs. Regime: Integral

8. Santa Casa de Misericórdia de Paraguaçu Paulista - SP - SCPP

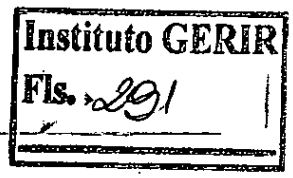
Vínculo institucional

1986 - 1987 Vínculo: Celetista formal, Enquadramento funcional: Enfermeira , Carga horária: 40hs. Regime: Integral

Idiomas

Inglês Compreende, Fala Pouco, Escreve Pouco, Lê Razoavelmente

Espanhol Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Escreve Razoavelmente, Lê Bem



Produção bibliográfica

Livros publicados

1. MULLER NETO, J. S. - organizador, Fátima Ticianel Schrader, **CATANELI, R. C. B.**
A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais, 2007, v.1. p.262.
Palavras-chave: SUS, Avaliação em saúde
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso, ISBN: 9788589545495, Home page: canass@canass.org.br
Publicada pelo CONASS em parceria com a OPAS

S. E. S.
Fls: 1866
Rubrica

Capítulos de livros publicados

1. **CATANELI, R. C. B.**
A Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS In: Gestão do Trabalho na Saúde, 2007, v.5, p. 102-110.
Palavras-chave: Recursos Humanos
Áreas do conhecimento: Saúde Coletiva, Recursos Humanos.
Setores de atividade: Atividades profissionais, científicas e técnicas.
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impressa, ISBN: 9788589545129, Home page: conass@conass.org.br
Editada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS - Coleção Pragestares – Para entender a gestão do SUS, 5

Livros organizados

1. **CATANELI, R. C. B.**, ODWYER, G. C.
GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2011, v.1. p.120.
Palavras-chave: SUS, Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
Áreas do conhecimento: Saúde Coletiva, Recursos Humanos, GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE.
Referências adicionai : Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso. Home page: conass@conass.org.br
Publicada pelo CONASS - Coleção poro entender o gestão do SUS - 2011, livro 9

2. CATANELI, R. C. B., **CATANELI, R. C. B.**
ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS NAS SECRETARIAS DE SAÚDE DOS ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL, 2004, v.1. p.220.
Palavras-chave: Recursos Humanos, SUS.
Áreas do conhecimento: Saúde Coletiva, Recursos Humanos
Setores de atividade: Administração pública, defesa e seguridade social, Atividades profissionais, científicas e técnicas.
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impressa. Home page: canass@canass.org.br
Editada pela Conselho Nacional de Secretárias de Saúde - CONASS na farma de CONASS Documenta

Instituto GERIR
Fls. 292

VERSO / ANVERSO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

PARANÁ

O Reitor da Universidade Estadual de Londrina,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso de

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA,

em 12 de dezembro de 1985, confere o título de

Enfermeiro

a

Rita de Cássia Bertão,

brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascida a 24 de agosto de 1963, RG 11.136.869 / SP.
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Londrina, 13 de janeiro de 1986.

PROF. NARDIR ANTONIO SPERANDIO
Coordenador de Assuntos de
Ensino de Graduação

Rita de Cássia Bertão
DIPLOMADA

MARCO ANTONIO [illegible]
Reitor

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
21 Ofício de Notas, R. Civil, TD e PJ e
Protesto de Títulos do DF.
Q.Central. BL 07 LJ 05 Ed. Sylvia
Cep:73010-517 Fone:(61)3298-3300
AUTENTICACAO
A presente fotocopia e reprodução fiel
do documento original que me foi
apresentado.
ESCREVENTE AUTORIZADA
GABRIELA APARECIDA ANDRADE MARQUES.
Sobradinho-DF, 11/12/2013
Selo:TJDFT20130180206030EVEJ
Disponível no site:www.tjdft.jus.br

Instituto GERIR
Fls.: 093

FE 1882

UEL-CAE/DCA/DDC

Diploma n.º 13.967 anotado

no Livro 06 Fls. 011

Curso reconhecido pelo

Decreto Federal n.º 78.520/76

publicado no D.O.U. de 01/10/76.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
REITORIA
C. A. E. - D. E. R. D.
PARA REGISTRO
Londrina, 15/05/86

PROF OSWALDO RUBENS CANIZARES
Chefe da Divisão Especial de Registro de Diplomas

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
REITORIA
COORDENADORIA DE ASSUNTOS DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
Divisão Especial de Registro de Diplomas

Por Delegação de competência do DAU/MEC e da SESu/MEC, portarias nº 71 de 21/10/77 e nº 30 de 23/05/79, no termos da Portaria Ministerial nº 726 de 21 de outubro de 1977.

Diploma registrado sob nº 10842

Livro UEL-17 Folha 011 Verso Processo nº 475/86

Londrina, 15 de maio de 1986.

MARCO ANTONIO FIORI
REITOR

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
REGISTRO N.º 41841
NOME: Rita de Cássia Bertazo.

QUADRO: I CATEGORIA ENFERMEIRO
LIVRO: R-5 PAG. 68 EM 28/09/88.

SEC PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO
INSCRIÇÃO COREN-SP - 41841
QUADRO I CATEGORIA ENFERMEIRO
LIVRO 22 PAG 148 EM 06/10/88

SECRETÁRIO PRESIDENTE

SECRETARIA DE ESTADO
DAS RELAÇÕES EXTERIORES
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA CONSULAR
Reconheço verdadeira, por semelhança, a assinatura assinalada com o sinal MRE/DAC. A presente legalização não implica aceitação do teor do documento.
22 JUN. 2007
Lúcia A. Santana
Hélio Póvoas Júnior - Chefe do DAC
Ana Lúcia de Oliveira Paes - Advogada da União
Fernando Jorge do Carmo - Oficial de Chancelaria
Renato Agueda Nogueira da Silva - Oficial de Chancelaria
Lúcia Aparecida Santana - Assistente de Chancelaria

Lúcia A Santana
Soto
Tereza Maria Miguel Garcia
Encarregada Setor Consular
Brasília 27.7.2007

VERSO / ANVERSO

26/06/2007 07111010000453
18,60 BRL RAMON PANES

TABELIONATO ROCHA MAIA
Rua Maranhão no. 161, CEP 86.010-410
Londrina - PR - Fone: (0--43)3324-7676
Reconheço a(s) firma(s) de:
SC2861-MARCO ANTONIO FIORI
EMELHANCA.
Dou testemunho da verdade.
Londrina, 04 de Junho de 2007
009-SIMONE CRUZ SCABORA
ESCREVENTE AUTORIZADA
CMB
Lei 13.228 de 18/07/2001
SELO
FUNARPEN
TABELIONATO DE NOTAS
BZW35327

VERSO / ANVERSO

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Disciplina de Enfermagem de Saúde Pública e Administracão Aplicada à Enfermagem

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Oficio de Nota, R. Civil,TD e PJ e
testo de Titulo de DF.
Q.Central. BL 7 LJ 05 Ed. Sylvia
Cep:73010-517 Fone:(61)3298-3300
AUTENTICACAO
A presente fotocopia e reproducao fiel
do documento original que me foi
apresentado.
ESCREVENTE AUTORIZADA
GABRIELA APARECIDA ANDRADE MARQUES.
Sobradinho-DF 11/12/2013
Selo:TJDFT20130206032RVJI
Disponivel no site:www.tjdft.jus.br

C E R T I F I C A D O

A ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA , concede este Certificado a

RITA DE CÁSSIA BERTÃO , por sua participação e aprovação no

Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública realizado no período de

01 de setembro de 1987 a 15 de junho de 19 88, no total de 900 horas.

São Paulo, 12 de setembro de 19 88

DIRETOR DA ENTIDADE

Instituto GERIR
Fls. 294

Fls. 1883

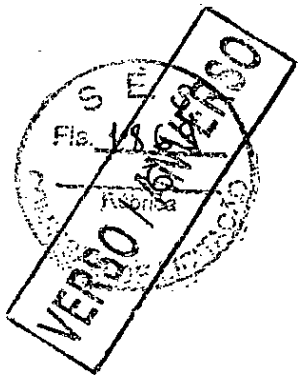
Dra. NILCE PIVA ADAMI

Coordenadora do Curso de Especialização
em Enfermagem de Saúde Pública

VERSO / ANVERSO

TCE 1884

UNIVERSITAT POMPEU FABRA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
2º Oficio de Notas, R. Civil,TD e PJ e Protesto de Titulos do DF.
Q.Central. BL 07 LJ 05 Ed. Sylvia
Cep:73010-517 Fone:(61)3298-3300
AUTENTICACAO
A presente fotocopia e reproducao fiel do documento original que me foi apresentado.
ESCREVENTE AUTORIZADA
GABRIELA APARECIDA ANDRADE MARQUES.
Sobradinho-DF, 11/12/2013
Selo:TJDFT20130180206016SXRW
Disponivel no site:www.tjdft.jus.br

Institut d'Educació Contínua

El Excelentísimo y Magnífico Rector otorga el presente título de

MÁSTER

en

ECONOMÍA DE LA SALUD Y DEL MEDICAMENTO (2007)

a

RITA DE CÁSSIA BERTAO CATANELI

porque ha superado con aprovechamiento las pruebas de evaluación previstas en el programa correspondiente y un total de 42,5 créditos.

Barcelona, 8 de julio de 2007

La persona interesada, *El rector,* *El director del programa,* *El director general del IDEC.*

Instituto GERIR
Fls. 295

idEC
UNIVERSITAT POMPEU FABRA

Registrat amb el número: 2552 /0542

Barcelona, a 8 de octubre del 2003

Signatura autoritzada:

VERSO / ANVERSO

Universidade de Brasília

O Reitor da Universidade de Brasília confere o título de

Mestra

a

Rita de Cassia Bertão Cataneli

de nacionalidade brasileira, nascida no Estado de São Paulo,

no dia 24 de agosto de 1963, documento de identificação 11136869-8 SP,

tendo em vista a conclusão do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,

no dia 30 de janeiro de 2013

e lhe outorga o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Brasília, 14 de março de 2013.

Reitor

Diplomado

Administração Acadêmica

Nº 1885

Instituto Evandro Chagas
Fls. 296

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Diploma registrado por delegação de competência do MEC, nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei 9.394/96.

Registro nº 451
Livro nº 13 Folha nº 77
Processo nº 5463/2013
Data de Registro 24 / 5 /2013

Arnaldo Carlos Alves
Secretário de Administração Acadêmica
UnB-SAA

APOSTILA

Diploma registrado em conformidade com a avaliação do CNE/CES, triênio 2007/2009 e Portaria nº 1.077 de 31/08/2012, publicada no DOU nº 171 de 3/9/2012, Seção 1.

Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva.

Leônidas Fabiano R. Cruz
4º Ofício de Notas de Brasília DF
Escrevente Autorizado

4o. OFICIO DE NOTAS DE BRASILIA
Autentico esta copia, Conforme Art. 7,V da Lei 8.935/94.
BRASILIA/DF, 22 de Novembro de 2013
010-LEONIDAS FABIANO RODRIGUES CRUZ
ESCREVENTE AUTORIZADO
Selo:TJDFT20130091664710BCOX
Disponivel no site www.tjdft.jus.br
PABLO DOS SANTOS DA PAIXAO

Ivan Marques de Toledo Camargo
Reitor

APOSTILA DE SEGURANÇA

Rita de Cassia Bertão Catanelí
Documento nº 11136869-8 SP
Saúde Coletiva
14 de março de 2013

039992

Fls. 1871

e São Paulo
-SP-41841

Rita de Cássia Bertão

Jorge Bertão e
Ivone Fazano Bertão
Assis-SP 24.08.1963
Brasileira
São Paulo 06.10.1988

J. Augusto Rodrigues

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
21 Ofício de Notas, R. Civil, TD e PJ e
Protesto de Títulos do DF.
Q.Central, BL 07 LJ 05 Ed. Sylvia
Cep:73010-517 Fone:(61)3298-3300
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocopia é reprodução fiel
do documento original que me foi
apresentado.
ESCREVENTE AUTORIZADA
GABRIELA APARECIDA ANDRADE MARQUES.
Sobradinho-DF, 11/12/2013
Selo:TJDFT20130180206600VHA
Disponível no site www.tjdft.jus.br

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 11.136.869-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/DEZ/2003
NOME RITA DE CASSIA BERTAO CATANELI
FILIAÇÃO JORGE BERTAO
E IVONE FAZANO BERTAO
NATURALIDADE ASSIS -SP
DATA DE NASCIMENTO 24/AGO/1963
DOC. ORIGEM CAMPINAS-SP
CAMPINAS
CG:LV:B152/FLS.0091/N.017719
CPF 042867278/74
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Instituto GERIR
Fls. 297

SOMENTE ESTA FACE

Rita de Cássia Bertão

06 10 88

-SP

11.136.869
27.10.1976
Secr.Seg.Publica-SP

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
21 Ofício de Notas, R. Civil, TD e PJ e
Protesto de Títulos do DF.
Q.Central, BL 07 LJ 05 Ed. Sylvia
Cep:73010-517 Fone:(61)3298-3300
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocopia é reprodução fiel
do documento original que me foi
apresentado.
ESCREVENTE AUTORIZADA
GABRIELA APARECIDA ANDRADE MARQUES.
Sobradinho-DF, 11/12/2013
Selo:TJDFT20130180206602JHBB
Disponível

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Rita de Cássia Bertão
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT
801-1

EM BRANCO

EM BRANCO

TCE 1887

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Fazendo o melhor pra você.

S. E. S.
Fls: 1872
Rubrica

Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS
Rua: SC - 1, N.° 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
E-mail: agpos.ses@gmail.comTelefone: (62) 3201-3808

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, INSCRITA no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, Nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia/GO, **ATESTA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão nº 0064/2012/SES/GO e seus aditivos, realiza a Gestão do Hospital de Urgências de Goiânia/**HUGO** visando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do referido hospital.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR possui como **Responsável Técnico**, o médico **José Mário Meira Teles**, inscrito no CRM-Bahia de nº 16.904, realizando a Gestão do HUGO, desde maio de 2012, visando à administração e gerenciamento dareferida Unidade Hospitalar.

O **HUGO** é uma Unidade Hospitalar Pública Estadual, Unidade de Urgência e Emergência, referência para o Centro Oeste, com 305 leitos hospitalares gerais, sendo 58 leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Desenvolve o Programa de Residência Médica e Residência Multiprofissional, qualificado pelo MEC. A **Residência Médica** nas áreas de Clínica Médica; Geriatria; Neurologia; Cardiologia; Ortopedia; Cirurgia Geral e Medicina Intensiva.

Utiliza o Acolhimento do Paciente com Classificação de Risco, segundo o protocolo de Manchester. Desenvolve também o Programa de Captação de Órgãos para Transplante.

O Instituto **GERIR** realiza o cumprimento da totalidade das metas dos indicadores **qualitativos** e **quantitativos**, com pontuação no nível ótimo. A produção/volume dos serviços prestados é superior à produção contratualizada.

O **HUGO** possui em sua estrutura assistencial:

- **Pronto Atendimento:** Unidade de Trauma; Emergência Clinica; Observação e Sala de Classificação de Risco.
- **Traumatologia:**02 Unidades
- **Clínica Médica:** Clinica Medica; Neurologia; Cardiologia; Geriatria.
- **Clínica Cirúrgica:**Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular
- **Unidade de Tratamento Intensivo:** Geral e Neurológica

Instituto GERIR
Fls. 238

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Fazendo o melhor pra você.

Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
E-mail: agpos.ses@gmail.comTelefone: (62) 3201-3808

S. E. S. Fls. 1873

- **Ambulatório:** com 21 salas
- **Centro Cirúrgico:** O Centro Cirúrgico possui 10 salas equipadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto todos os dias da semana. Possui 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA com 8 leitos.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial com experiência na Gestão pública e privada de Serviços de Saúde.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisão e necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no hospital.

A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde no **HUGO**. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

Por ser verdade firmamos o presente.

Superintendência de Gerenciamento das Unidades de Saúde - SES/GO, em Goiânia, aos 29 de novembro de 2013.

Dr. Desdedith Vaz
Superintendente de Gerenciamento das Unidades de Saúde

Instituto GERIR
Fls. 299

4. TABELIONATO DE NOTAS
RUA 9 N. 1155, Ed. Aton - Terreo - Oeste
GOIANIA - GO

Reconheco por semelhança a(s) assinatura(s) Retro-assinada(s) de:
[illegible]-DEUSDEDITH VAZ.....
Posto que analoga a(s) constante(s) dos arquivos deste Tabelionato.

Dou fe. Em Testemunho_____ da Verdade.
Goiania-GO, 29 de Novembro de 2013

DANIEL RODRIGUES DE SOUZA
ESCREVENTE

Selo Digital n
02041304081452023116996.
Confirme a Autenticidade do selo no site:
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
14:24:11

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

GERIR SUS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GOVERNO DE GOIÁS

S. E. S.
Fls: 1874

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica

Atestamos para os devidos fins que, **José Mário Meira Teles,** Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB, inscrito no **CRM-Bahia de Nº. 16.904**, participa da Administração e Gerenciamento do Hospital de Urgências de Goiânia, desde 2012, como Superintendente Técnico do Instituto GERIR.

O Hospital de Urgências de Goiânia possui **305 leitos**, éreferência no Planalto Central, e atende todo o Centro-Oeste e outros Estados, sendo todos os seus leitos dedicados exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Atestamos ainda que sempre foram demonstradas a eficiência e a credibilidade dos trabalhos apresentados e que os mesmos são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa.

Atenciosamente,

5º OFÍCIO

Goiânia, 22 de novembro de 2013.

Sra. Karla Azeredo Ramos de Castro
Diretora Administrativa - HUGO

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 3 - Nº 347 - SETOR CENTRAL
CEP: 74030.065 - FONE: 62 3223-1814
02051308091205023056810 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança a assinatura(s) de KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO. Dou fé Em Test° da Verdade.
Goiânia-GO, 25/11/2013 17:50:02h cs18904C *0026
Cláudio Silva Angelo de Menezes-Escrevente

Av. 31 de março, esq. C/5ª Radial, s/n Setor Pedro Ludovico – Goiânia/Goiás.

*Fone: (0**62) 3201-xxxx – 3201-xxxx*
E-mail: hugo.xxxxxx@gerir.org.br

Instituto GERIR
Fls. 300

Currículo Lattes

TCE 1890
Impressão currículo

José Mário Meira Teles

Endereço para acessar este CV:http://lattes.cnpq.br/4152303440071655

Última atualização do currículo em 25/11/2013

S. E. S. Fls: 1875

Resumo informado pelo autor

Possui graduação em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (1991). Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB (1997) Atualmente é o Superintendente Técnico do Instituto de Gestão em Saúde - GERIR, Organização Social de Saúde, que esta administrando o Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO). Presidente da Associacao de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB Gestao 2012 -2013). Coordenador Regional do Curso de Pos-Graduacao em Medicina Intensiva da AMIB - Faculdade Redentor; Membro do Comitê Coordenador do BRICnet; Socio Fundador do Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS). Tem experiência na área de Medicina Intensiva, com ênfase em gestao em UTI, cultura de segurança, gestão de projetos, Implementação de processos de melhoria de qualidade e acompanhamento de indicadores. Área de pesquisa nos seguintes temas: delirium, sedacao e analgesia, controle endócrino metabólico do paciente grave, microcirculacao, reposição volêmica e sepse.

(Texto informado pelo autor)

Links para Outras Bases:
SciELO - Artigos em texto completo

Dados pessoais

Nome José Mário Meira Teles

Filiação José Mendoça Teles e Átala Meira Teles

Nascimento 05/11/1966 - Salvador/BA - Brasil

Carteira de Identidade 10643 Cremeb - BA - 05/02/1992

CPF 643.900.715-72

Formação acadêmica/titulação

1992 - 1995 Especialização em Residência Médica em Cirurgia Geral Hupes.
Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, Brasil
Título: Cirurgia Geral
Bolsista do(a): Ministério da Educação

1985 - 1991 Graduação em Medicina.
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP, Salvador, Brasil

1982 - 1984 Ensino Médio (2o grau) .
Instituto Social da Bahia, ISBA, Brasil

1975 - 1981 Ensino Fundamental (1o grau) .
Instituto Social da Bahia, ISBA, Brasil

1973 - 1974 Ensino Fundamental (1o grau) .
Escola Santa Rita de Cássia, ESRC, Brasil

Formação complementar

MBA interrompido(a) em Gestao em Saude.
Fundação Getúlio Vargas. FGV, Rio De Janeiro, Brasil
Ano de interrupção: 2011

2085 - 2085 Curso de curta duração em Metodologia em Pesquisa.
Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, Brasil

2083 - 2883 Curso de curta duraçao em Bioestatistica.
Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, Brasil

Atuação profissional

1. Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO

Vínculo institucional

2012 - Atual Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Superintendente Técnico da GERIR , Carga horária: 20, Regime: Parcial

Instituto GERIR
Fls. 301

TCE 1891

S. E. S.
Fls: 1876
Rubrica

2. Hospital Santo Amaro - HSA*

Vínculo institucional

2011 - 2012 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coordenação da UTI adulto , Carga horária: 20, Regime: Parcial

Atividades

05/2011 - 07/2012 Serviço Tecnico Especializado, Terapia Intensiva, Unidade de Terapia Intensiva

Especificação:
Coordenador Médico da UTI Adulto

3. Hospital da Bahia - HBA

Vínculo institucional

2009 - 2011 Vínculo: Pessoa Jurídica , Enquadramento funcional: Coordenador Medico da UTI Geral , Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva

4. Hospital Português da Bahia - RSPB16S

Vínculo institucional

1995 - 2009 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Vice-Coordenador da UTI Geral , Carga horária: 20, Regime: Parcial

Atividades

11/2004 - 02/2006 Pesquise e Desenvolvimento, Terapia Intensiva, Uti Geral

Linhas de pesquisa:
Pneumonia Comunitária Grave - CAPTIVATE (Community Acquired Pneumonia Tifacogin Intra Venous Administration Trial for Efficacy)

10/2004 - 12/2004 Pesquisa e Desenvolvimento, Terapia Intensiva, Uti Geral

Linhas de pesquisa:
SAPS III (Simplified Acute Physiology Score)

11/2003 - 03/2004 Pesquisa e Desenvolvimento, Terapia Intensiva, Uti Geral

Linhas de pesquisa:
COSTS (COsts of Sepsis Treatment Study)

05/2003 - 12/2003 Pesquisa e Desenvolvimento, Terapia Intensiva, Uti Geral

Linhas de pesquisa:
BASES II (Registro Nacional de Sepse)

03/2003 - 03/2004 Especialização

Especificação:
Via áreas difícil (Abordagem teórico e prática) , Atuelização em Medicina Intensiva , Visitas a beira do leito , Procedimentos em UTI

03/2003 - 02/2004 Pesquisa e Desenvolvimento, Terapia Intensiva, Uti Geral

Linhas de pesquisa:
ADDRESS (Drotrecogin Alfa (Activated) in Adult Patients with Early Sinse Severe Sepsis)

10/2002 - 12/2005 Graduação, Inicmato em Pesquisa da UTI Geral

Disciplinas ministradas:
Iniciação cientifica , Temas básicos em Terapia Intensiva

07/2002 - 07/2009 Serviço Técnico Especializado, Terapia Intensiva, Uti Geral

Especificação:
Médico Superviser da UTI Geral - Visitas diárias a beira do leito para determinação de condutas, retirada ou manutenção de tratamentos. Determinação de exames, procedimentos, altas e admissões.

03/1995 - 10/1999 Graduação, Inicmsto em Terapia Intensiva para estudantes

Disciplinas ministradas:
Temas Básicos em Terapia Intensiva

01/1995 - 07/2002 Serviço Técnico Especializado, Terapia Intensiva, Uti Geral

Especificação:
Plantonista da UTI Geral com carga horária de 24 h semanais

5. Hospital Salvador - HS*

Vínculo Institucional

2005 - 2009 Vínculo: Pessoa Jurídica , Enquadramento funcional: Coordenador da UTI Adulto , Carga horária: 20, Regime: Parcial

Instituto GERIR
Fls. 302

TCE 1892

S. E. S.
Fls: 1877
6
Rubrica

Atividades

10/2005 - 06/2009 Direção e Administração, Unidade de Terapia Intensiva - Adulto

Cargos ocupados:
Coordenador Médico da UTI Adulto

6. Santa Casa da Misericórdia da Bahia - SCMB

Vínculo Institucional

2002 - 2004 Vínculo: Pessoa Jurídica , Carga horária: 24 Regime: Parcial

Atividades

02/2004 - 04/2004 Pós-graduação, Residência médica em Terapia Intensiva

Disciplinas ministradas:
Atualização em Terapia Intensiva

12/2003 - 12/2003 Treinamento, Terapia Intensiva, Unidade de Dor Torácica Udt

Especificação:
Abordagem da Via Aérea Difícil (Teórico e Prática)

06/2003 - 01/2004 Treinamento, Terapia Intensiva, Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica

Especificação:
Abordagem da Via Aérea Difícil (Teórico e Prático)

05/2002 - 04/2004 Graduação, Internato oficial do sexto ano de medicina da EMSP

Disciplinas ministradas:
Temas Básicos em Terapia Intensiva , Discussão de casos clínicos

05/2002 - 04/2004 Direção e Administração, Teropia Intensiva, Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica

Cargos ocupados:
Vice-coordenador da UTI Cirúrgica

7. Hospital Espanhol - HE

Vínculo Institucional

1992 - 1994 Vínculo: Pessoa jurídica , Carga horária: 24 Regime: Parcial

Atividades

10/1992 - 12/1994 Serviço Técnico Especializado, Emergência, Unidade de Emergência

Especificação:
Plantonista de emergência

8. Hospital Ann Neri - HAN

Vínculo Institucional

2003 - 2005 Vínculo: Cooperativado , Carga horária: 20 Regime: Parcial

Atividades

02/2004 - 11/2005 Treinamento, Coordenação de Diagnóstico e Tratamento, Unidade de Terapia Intensiva

Especificação:
Via aérea difícil (abordagem teorico e pratica)

12/2003 - 11/2005 Direção e Administração, Coordenação de Diagnóstico e Tratamento, Unidade de Terapia Intesiva

Cargos ocupados:
Coordenador da Unidade (UTI)

02/2003 - 11/2005 Especialização

Especificação:
Atualização em Terapia Intensiva , Procedimentos em UTI

9. Hospital da Cidade - HC

Vínculo Institucional

2001 - 2002 Vínculo: Pessoa Jurídica , Carga horária: 24 Regime: Parcial

Atividades

04/2001 - 03/2002 Pós-graduação, Especialização em Medicina Intensiva da Amib

Instituto GERIR
Fls.: 303

TJE 1893
S. E. G.
Fls: 1878
6
Rubrica

04/2001 - 08/2002 Pós-graduação: Especialização em Medicina Intensiva da AMIB

Disciplinas ministradas:
Via Aérea Difícil (Teórico e Prático) , Sessão de morbi-mortalidade , Procedimentos médicos em UTI

04/2001 - 08/2002 Direção e Administração, Terapia Intensiva, UTI

Cargos ocupados:
Coordenador Cirúrgico de Unidade (UTI)

10. Vitalmed - VITALMED

Vínculo institucional

1993 - 1994 Vínculo: Pessoa Jurídica , Carga horária: 24 Regime: Parcial

Atividades

06/1993 - 12/1994 Serviço Técnico Especializado, Emergência, Atendimento Pré Hospitalar

Especificação:
Plantonista de Unidade Móvel

11. Club Mediterranee do Brasil - CMB*

Vínculo institucional

1997 - 2004 Vínculo: Pessoa Jurídica , Carga horária: 12 Regime: Parcial

Atividades

06/1997 - 06/2004 Treinamento, Recursos Humanos, Pronto Atendimento

Especificação:
Suporte Básico de Vida (BLS + AED) para funcionários do Club Mediterranee

06/1997 - 06/2004 Direção e Administração, Recursos Humanos, Pronto Atendimento

Cargos ocupados:
Coordenador Médico

Linhas de pesquisa

1. ADDRESS (Drotrecogin Alfa (Activated) in Adult Patients with Early Stage Severe Sepsis)

   Objetivos:ADDRESS (ADministration of ORetrecogin alfa (activated) in Early Stage Severe Sepsis) Eficácia e Segurança da Drotrecogina Alfa Ativada em Pacientes Adultos com Sepse Grave em Estágio Inicial.

2. BASES II (Registro Nacional de Sepse)

   Objetivos:O presente estudo tem por objetivo central estabelecer prevalência e incidência de SIRS, sepse, sepse grave e choque séptico, observando a evolução da síndrome de disfunções orgânicas (avaliada diariamente pelo SOFA) em cada uma destas situações, bem como a taxa de mortalidade atribuída.

3. COSTS (COsts of Sepsis Treatment Study)

   Objetivos:Estudo observacional, analítico, envolvendo todos os pacientes com sepse, sepse grave ou choque séptico, de acordo com os critérios da Conferência do Consenso SCCM/ACCP, admitidos nas unidades de terapia intensiva em hospitais públicos e privados. Os pacientes que satisfaçam esses critérios serão submetidos à avaliação clínica e epidemiológica.

4. Pneumonia Comunitária Grave - CAPTIVATE (Community Acquired Pneumonia Tifacogin Intra Venous Administration Trial for Efficacy)

   Objetivos:Estudo fase 3, multicêntrico, randomizado, placebo controlado, duplo cego, de três braços para avaliar a segurança e eficácia da administração de tifacogina (Recombinant Tissue Factor Pathway Inhibitor) em pacientes com pneumonia grave adquirida na comunidade.

5. SAPS III (Simplified Acute Physiology Score)

   Objetivos:O SAPS (do inglês, Simplified Acute Physiology Score), desenvolvido por Jean-Roger Le Gall e seu subseqüente sistema de escore, o SAPS II, tornaram-se os modelos europeus mais usados para avaliação de gravidade de doença em terapia intensiva.

Projetos

Projetos de pesquisa

2004 - 2005 Protocolo de controle glicêmico reduz mortalidade hospitalar em pacientes neurológicos criticamente enfermos

Descrição: Hiperglicemia e resistência à insulina fazem parte do contexto metabólico do doente crítico, mesmo em indivíduos não portadores de diabetes mellitus prévio. O mau controle glicêmico está associado a uma maior incidência de complicações. Em processos de melhoria de qualidade, é necessário identificar um problema, medir a condição atual deste problema, comparar com valores de literatura e se realmente estiver fora dos padrões esperados, estabelecer uma estratégia através de protocolos para melhorar estes índices e depois ver o impacto destas medida.
Situação: Concluído Natureza: Projetos de pesquisa
Alunos envolvidos: Graduação (3); Especialização (0); Mestrado acadêmico (0); Mestrado profissionalizante (0); Doutorado (0);
Integrantes: José Mário Meira Teles (Responsável) ; ; Alessandro Almeida; Octávio H Messeder; Augusto

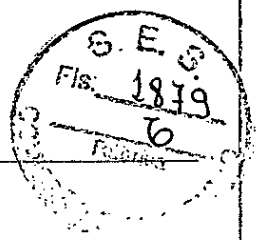
Instituto GERIR
Fls. 304

Manoel Farias

2003 - 2005 Implementação de Protocolo de Controle Glicêmico Rigoroso

Descrição: Hiperglicemia é uma complicação freqüentemente observada em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva (UTI), mesmo na ausência de diabetes mellitus. A hiperglicemia está associada a uma pior evolução clínica nas doenças neurológicas. Tem sido demonstrado em UTIs cirúrgicas que a instituição de um protocolo de controle glicêmico rigoroso está associado a melhor evolução clínica dos pacientes.
Situação: Concluído Natureza: Projetos de pesquisa
Alunos envolvidos: Graduação (0): Especialização (0): Mestrado acadêmico (0): Mestrado profissionalizante (0): Doutorado (0);
Integrantes: José Mário Meira Teles (Responsável); ;

TCE 1894



Revisor de periódico

1. BMJ. British Medical Journal

Vínculo

2007 - Atual Regime: Parcial

2. Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Impresso)

Vínculo

2004 - Atual Regime: Parcial

Produção

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. WESTPHAL, Glauco, **TELES, José Mário M.**, Marcelo Maia, Alvaro de Rea-Neto
Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte III. Recomendações órgãos específicos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Impresso). , v.23, p.410 - 425, 2011.

2. ☆ CHOLLEY, B. P., MAYO, P. H., VIEILLARD-BARON, A., **TELES, José Mário M.**, Mendes C, PINSKY, M., TALMOR, D.
International expert statement on training standards for critical care ultrasonography. Expert Round Table on Ultrasound in ICU. Intensive Care Medicine (Print). JCR, v.37, p.1077 - 1083, 2011.

3. ☆ SOARES, Márcio, SILVA, Eliézer, **TELES, José Mário M.**, Alvaro de Rea-Neto, BOZZA, F. A., FRIEDMAN, G., PIZZOL F. D., LOBO, Suzana, MELO, Patrícia, REZENDE, Ederlon, SALLUH, J.
Characteristics and outcomes of patients with cancer requiring admission to intensive care units: a prospective multicenter study. Critical Care Medicine. JCR, v.38, p.9 - 15, 2010.

4. ☆ SALLUH, J., SOARES, Márcio, **TELES, José Mário M.**, Marcelo Rocha
Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. Critical Care (London, Online). JCR, v.14, p.R218 - , 2010.

5. SOARES, Márcio, LOBO, Suzana, MELO, Patrícia, **TELES, José Mário M.**, SILVA, Eliezer, FRIEDMAN, G., Alvaro de Rea-Neto, Marcelo Maia, SALLUH, J.
Desfecho de pacientes com câncer internados em unidades de terapia intensiva brasileiras com lesão renal aguda. Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Impresso). , v.22, p.236 - 244, 2010.

6. Murilo Assunção, Nelson Akamine, **TELES, José Mário M.**, MELO, Patrícia, Marcelo Maia, Alvaro de Rea-Neto
Survey on physicians' knowledge of sepsis: do they recognize it promptly?. Journal of Critical Care. JCR, v.25, p.545 - 552, 2010.

7. SOARES, Márcio, **TELES, José Mário M.**, SILVA, Eliézer, LOBO, Suzana, Luciano Azevedo, PIZZOL F. D., SALLUH, J.
Validation of four prognostic scores in patients with cancer admitted to Brazilian intensive care units: results from a prospective multicenter study. Intensive Care Medicine (Print). JCR, v.36, p.1188 - 1195, 2010.

8. NEVES, F. B. C. S., Dantas M P, **TELES, José Mário M.**, AM, Farias, MESSEDER, Octávio H
Analysis of family satisfaction in intensive care unit. Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Impresso). , v.21, p.32 - 37, 2009.

9. SALLUH, J., **TELES, José Mário M.**, SOARES, Márcio, PIZZOL F. D., MELO, Patrícia, FRIEDMAN, G., SILVA, Eliézer, BOZZA, F. A.
Delirium recognition and sedation practices in critically ill patients: a survey on the attitudes of 1015 Brazilian critical care physicians. Journal of Critical Care. JCR, v.24, p.556 - 562, 2009.

10. ☆ GUSMAO, D., TELES, **José Mário M.**
Esophageal pressure in acute lung injury. The New England Journal of Medicine. JCR, v.360, p.832 - 833, 2009.

11. AZOULAY, E., SOARES, Márcio, TELES, **José Mário M.**
Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. JCR, v.180, p.853 - 860, 2009.

12. SOGAYAR, A. M., MACHADO, Flávia, **TELES, José Mário M.**, LOBO, Suzana, SILVA, Eliézer
A multicentre, prospective study to evaluate costs of septic patients in Brazilian intensive care units. PharmacoEconomics (Auckland). JCR, v.26, p.425 - 434, 2008.

13. ☆ DOI **TELES, José Mário M.**, SILVA, Eliezer, WESTPHAL, Glauco, COSTA FILHO, Rubens Do Carmo, MACHADO, Flávia
Surviving Sepsis Campaign in Brazil. Shock (Augusta, Ga.). JCR, v.30, p.47 - 52, 2008.

14. BITENCOURT, Almir Galvão Vieira, NEVES, F. B. C. S., ALBUQUERQUE, Ligia, ALMEIDA, Alessandro, Dantas M P, AGARENO, Sydney de Souza, TELES, **José Mário M.**, AM, Farias, MESSEDER, Octávio H

Instituto GERIR
Fls. 305

Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Impresso). , v.19, p.53 - 59, 2007.

15. BITENCOURT, Almir Galvão Vieira, Dantas M P, NEVES, F. B. C. S., ALMEIDA, Alessandro, ALBUQUERQUE, Ligia, Godinho, T M, AGARENO, Sydney de Souza, AM, Farias, TELES, **José Mário M.**, MESSEDER, Octávio H
Condutas de Limitação Terapêutica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Impresso). , v.19, p.137 - 143, 2007.

Livros publicados

1. GUIMARAES, H. P., TALLO, F. S., CARMONA, M. J. C., BIANCO, M., LOPES, R. D., TELES, José Mário M.
AMIB – Manual de Perioperatório de cirurgia cardíaca. São Paulo : Atenheu, 2012 p.264.

2. TELES, **José Mário M.**, SILVA, Eliézer, PEREIRA, Adriano José, FIGUEIREDO, Evandro José de Almeida, FERNANDES, Haggeas, COSTA FILHO, Rubens Do Carmo
Sepse: Manual. São Paulo : Atheneu, 2006, v.1, p.112.

Capítulos de livros publicados

1. TELES, **José Mário M.**
Controle Glicemico Intensivo vs Convencional em pacientes criticamente enfermos In: Atualizaçao em Medicina Intensiva - Artigos Comentados ed.Rio de Janeiro : Revinter, 2011, v.VII, p. 179-184.

2. TELES, **José Mário M.**, GUSMAO, D.
Disfunções de multiplos orgaos e sistemas In: Guia Prático de UTI.1 ed.Sao Paulo : Atheneu AMIB, 2009, v.1, p. 911-922.

3. TELES, **José Mário M.**, ALMEIDA, Alex Sandro, GALVÃO, Thalas Delmontes
Drenagem de Tórax (Toracostomia) Recentes avanços neste procedimento In: Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica.1 ed.Rio de Janeiro : Revinter, 2004, p. 264-275.

4. TELES, **José Mário M.**, FARIAS, Augusto, SANTANA, Eron
Farmacologia em Terapia Intensiva (Capítulo 122) In: Farmacologia.5 ed.Rio de Janeiro : Guanabara Knogan, 1999, p. 1173-1185.

5. TELES, **José Mário M.**, AGARENO, Sydney de Souza, AGOSTINHO, Mariza de
Ventilação Mecânica no Trauma In: 2º Consenso Brasileiro de Ventilaçãa Mecânica, 1999

Trabalhos publicados em anais de eventos (completo)

1. TELES, **José Mário M.**, SILVA, Eliézer, ALMEIDA, Eduardo, MORENO, Rui
SAPS III - Simplified Acute Physiologic Score In: 17th Annual Congress European Society of Intensive Care Medicine, 2004, Berlin - Alemanha.
SAPS III - Simplified Acute Physiologic Score. Spönger, 2004. v.100. p.234 - 235

Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo)

1. TELES, **José Mário M.**, AGARENO, Sydney de Souza, ANDRADE, Gabriela C F de, ROCHA, Leonardo Lima, ATHANAZIO, Rodrigo A, FARIAS, Augusto Manoel, MESSEDER, Octávio H
Avaliação de Parâmetros Ácido-básicos em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Geral In: XI Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica, 2004, Curitiba - PR.
. , 2004.

2. MENDONÇA, Evandro José Bulhões, ROCHA, Leonardo Lima, SANTO, Danilo Espirito, TELES, **José Mário M.**, AGARENO, Sydney de Souza, FARIAS, Augusto Manoel, MESSEDER, Octávio H
Incidência e mortalidade por insuficiência Renal Aguda em Unidade de Terapia Intensiva In: XI Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, 2004, Curitiba - PR.
. , 2004.

3. TELES, **José Mário M.**, MESSEDER, Octávio H, FARIAS, Augusto, AGARENO, Sydney de Souza, ATHANAZIO, Rodrigo A, C, Marcelo Barbeta M
Percepção dos Intensivistas Belanos Sobre a Recusa ou Suspensão de Tratamento em Pacientes Terminais In: XI Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, 2004, Curitiba - PR.
. , 2004.

4. TELES, **José Mário M.**, AGARENO, Sydney de Souza, ALMEIDA, Alessandro, BITENCOURT, Almir Galvão Vieira, MELO, Rodrigo Marel Vidira de, MESSEDER, Octávio H
Relato de uma experiência: Internato de pesquisa em terapia intensiva In: XLII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2004, Vitória - ES.
. , 2004.

5. TELES, **José Mário M.**
Análise do Uso Precoce de Drogas Vasoativas em Unidades de Terapia Intensiva In: IV Congresso Nordestino de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, Salvador.
. , 2003.

6. FERRAZ, Humberto, TELES, **José Mário M.**, MARQUES, Edson
Avaliação de Plaquetopenia em Pacientes Internados na UTI Cirúrgica In: IV Congresso Nordestino de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, Salvador.
. , 2003.

7. FONTOURA, Magna, TELES, **José Mário M.**, SANTOS, Adira A
Cutaneos Integrity protocol for critical patients in the ICU In: 2º Internacional Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine for Latin America, 2003, São Paulo.
. , 2003.

8. TELES, **José Mário M.**
Decisão de não introduzir ou de retirar tratamentos de suporte para pacientes terminais internados em UTIs: Uma visão na cidade de Salvador - Bahia In: IV Congresso Nordestino de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, 2003, Salvador.
. , 2003.

9. TELES, **José Mário M.**, AGARENO, Sydney de Souza, FARIAS, Augusto Manoel, MESSEDER, Octávio H
Epidemiologic Analysis of Patients Afferent to the ICU In: 2º Internacional Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine for Latin America, 2003, São Paulo.
. , 2003.

10. TELES, **José Mário M.**
Indicadores de Desempenho e de Qualidade em uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica In: IV Congresso Nordestino de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, 2003, Salvador.
. , 2003.

11. TELES, **José Mário M.**, AGARENO, Sydney de Souza, FARIAS, Augusto Manoel, MESSEDER, Octávio H
The Polimixin B use in Treatment of Multidrug-Resistant Pseudomonas Aeruginosa Infection In: 2º Internacional Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine for Latin America, 2003, São Paulo.
. , 2003.

TCE 1895
S. E. S.
Fls: 1880
6
Instituto GERIR
Fls. 306

TCE 1896

S. E. S.
Fls: 1881
6
Rubrica

12. **TELES, José Mário M.**
Uso da Polimixina B no Tratamento das Infecções por Pseudomonas Aeruginosa Multi Resistente In: IV Congresso Nordestino de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, 2003, Salvador.
. . 2003.

13. DUARTE, Antonio Carlos Magalhães, **TELES, José Mário M.**, FARIAS, Augusto Manoel, MESSEDER, Octávio H
Ventilator beyond ventilation-impact of positive end expiratory pressure on peak expiratory flow in mechanically ventilated patients under three modalities of manually assisted coughing In: 2º Internacional Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine for Latin America, 2003, São Paulo.
. . 2003.

14. **TELES, José Mário M.**, FILGUEIRAS, Nivaldo, PÓVOAS, Heitor H, GALVÃO, Thaina Delmontes, ALMEIDA, Alex Sandro, MESSEDER, Octávio H, GUANAES, André
Traqueostomia Percutânea: Um procedimento simples, seguro e com baixas taxas de morbi-mortalidade In: III Congresso Nordestino de Terapia Intensiva, 2001, Recife.
III Congresso Nordestino de Terapia Intensiva. , 2001.

15. **TELES, José Mário M.**
Assistência circulatório com balão intra-aórtico em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva In: VIII Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, 1997, Salvador.
. . 1997.

16. **TELES, José Mário M.**
Avaliação do perfil de pacientes submetidos a monitorização hemodinâmica invasiva através do cateter de artéria pulmonar em duas UTIs na cidade de Salvador In: VIII Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, 1997, Salvador.
. , 1997.

17. **TELES, José Mário M.**
Fístula Traqueo-Inominada: Relato de caso com sucesso no tratamento cirúrgico utilizando Pericardio da Peciente In: VIII Congresso Baiano de Pneumologia, 1997, Salvador.
. , 1997.

10. **TELES, José Mário M.**
Pancreatite Aguda nas Unidades de Terapia Intensiva em Hospital de Atendimento Terciário: Aspectos Epidemiológicos e Correlação dos Critérios Prognósticos de Ranson e APACHE II In: VIII Brasileiro de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, 1997, Salvador.
. , 1997.

Demais produções bibliográficas

1. PIRAS, C., AZEVEDO, L., **TELES, José Mário M.**
AMIB - Choque Circulatório / Série Clínicas de medicina intensiva brasileira. São Paulo:Atheneu, 2012. (Prefácio, Prefácio, Posfácio)

2. MORITZ, R. D., **TELES, José Mário M.**
AMIB – Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva. São Paulo:Atheneu, 2012. (Prefácio, Prefácio, Posfácio)

3. WESTPHAL, Glauca, **TELES, José Mário M.**, Filho, M. C.
Manual Prático de Medicina Intensiva. Sao Paulo:Segmento Farma Editores, 2012. (Prefácio, Prefácio, Posfácio)

4. Macedo, G. L., Falcao, L. F. R., **TELES, José Mário M.**
Farmacoterapia aplicada em medicina intensiva. Rio de Janeiro:GEN / ROCA, 2011. (Prefácio, Prefácio, Posfácio)

5. BRUZZI, F., JAPIASSU, A. M., GUIMARAES, H. P., AZEVEDO, R. P., VERAS, K. N., ASSUNCAO, M. S. C., NACUL, F. E., **TELES, José Mário M.**
Programa UTI Beira do Leito. São Paulo:Atheneu, 2012. (Introdução, Prefácie, Posfácio)

Eventos

Eventos

Participação em eventos

1. Conferencista no(a) **XVIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva**, 2013. (Congresso)
Ainda há espaço para uso de benzodiazepínicos na UTI?.

2. Conferencista no(a) **IX Congresso Norte/Nordeste de Medicina Intensiva**, 2013. (Congresso)
Terapia Antifúngica em UTI.

3. Conferencista no(a) **I Simpósio Internacional de Segurança em Terapia Intensiva**, 2013. (Simpósio)
Tratamento de Delirium no Paciente Crítico.

4. **11th World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine Congress**, 2013. (Simpósio)

5. **42th Critical Care Congress**, 2013. (Congresso)

6. **41th Critical Care Congress**, 2012. (Congresso)

7. Conferencista no(a) **VIII Congresso Norte/Nordeste de Medicina Intensiva**, 2011. (Congresso)
Boas Práticas em Sedação e Analgesia em UTI.

8. Conferencista no(a) **II FÓRUM NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO**, 2011. (Encontro)
É ético tratarmos pacientes críticos em salas de emergência / UPAs?.

9. Conferencista no(a) **6th International symposium on intensive care and emergency medicine for latin america**, 2011. (Simpósio)
Regulatory Act RDC 07/2010: The earlier the better.

10. Conferencista no(a) **24th ANNUAL CONGRESS OF ESICM**, 2011. (Congresso)
Risk Evaluation of Delirium in Postoperative Period.

11. **IX Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva**, 2011. (Congresso)

12. **40th Critical Care Congress**, 2011. (Congresso)

13. **31th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine**, 2011. (Congresso)

Instituto GERIR
Fls. 307

TCE 1897
S. E. S.
Fls: 1882
Rubrica

14. Apresentação (Outres Formas) no(a)Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS), 2010. (Outra)
Aluno.

15. Conferencista no(a) II Congresso LUSO-BRASILEIRO de Medicina Intensiva, 2010. (Congresso)
Como evitar tratamento fútil e distanásia.

16. Conferencista no(a) II Simpósio Pós-Congresso da Sociedade Americana de Medicina Intensiva, 2010. (Simpósio)
Manejo do Sangramento Maciço e Complicações da Transfusão Maciça.

17. Conferencista no(a) II Simpósio Pós-Congresso da Sociedade Americana de Medicina Intensiva, 2010. (Simpósio)
Microcirculação e Disfunção Orgânica.

18. 30th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 2010. (Simpósio)

19. Curso de Comunicação de Más Notícias, 2010. (Outra)

20. 39th Critical Care Congress, 2010. (Congresso)

21. Conferencista no(a) VII Congresso Norte e Nordesta de Medicina Intensiva, 2009. (Congresso)
Humanização: Modificando Paradigmas.

22. Conferencista no(a) VII Congresso Norte e Nordesta de Medicina Intensiva, 2009. (Congresso)
Sedação e Delirium: Epidemiologia e Diagnóstico.

23. 29th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 2009. (Simpósio)

24. 10th World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine Congress, 2009. (Congresso)

25. 38th Critical Care Congress, 2009. (Congresso)

26. 37th Critical Care Congress, 2008. (Congresso)

27. 28th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 2008. (Simpósio)

29. Conferencista no(a) 4th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine for Latin America, 2007. (Simpósio)
Surviving Sepsis Campaign: Severe Sepsis Guidelines: What is new?.

29. 28th ANNUAL CONGRESS OF ESICM, 2007. (Congresso)

30. 27th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 2007. (Simpósio)

31. Apresentação Oral no(a) 35th Critical Care Congress, 2006. (Congresso)
Participação como congressista.

32. 26th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 2006. (Simpósio)

33. 19th ANNUAL CONGRESS OF ESICM, 2006. (Congresso)

34. Apresentação (Outras Formas) no(a)25º International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 2005. (Congresso)
Participação como congressista.

35. Apresentação (Outras Formas) no(a)34th Critical Care Congress, 2005. (Congresso)
Participação como congressista.

36. 25th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 2005. (Simpósio)

37. 9th World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine Congress, 2005. (Congresso)

38. Apresentação (Outras Formas) no(a)SIMUTI - Simpósio Internacional sobre Monitorização Hemodinâmica em UTI, 2004. (Simpósio)
Participação como congressista.

39. Apresentação (Outras Formas) no(a)17th ANNUAL CONGRESS OF ESICM, 2004. (Congresso)
Participação como congressista.

40. Apresentação (Outras Formas) no(a)Protocolo de Pesquisa TFP008 (CAPTIVATE), 2004. (Encontro)
Participante da pesquisa.

41. 24th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 2004. (Congresso)

42. Moderador no(a) FRACTAL AM 2003 - FResenius-Kabi Advance Course in Transfusion Alternatives, 2003. (Outra)
Participação como congressista.

43. Moderador no(a) Consenso Brasileiro de Sepse - Plenária Final, 2003. (Encontro)
Participante da Plenária Final.

44. Apresentação (Outras Formas) no(a)I Fellowship Course in Critical Care, 2003. (Oficina)
Treinamento em UTI americana a beira de leito.

45. Apresentação (Outras Formas) no(a)Protocolo de Pesquisa F1K-MC-EVCM (ADDRESS), 2003. (Encontro)
Treinamento para participação em estudo multicêntrico.

46. 23th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine, 2003. (Simpósio)

47. 2º International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine for Latin America, 2003. (Simpósio)

48. Apresentação (Outras Formas) no(a)Qualidade e Gestão de Custos em Terapia Intensiva, 2002. (Oficina)
Participação como aluno.

Instituto GERIR
Fls. 308

TCE 1898

S. E. S.
Fls: 1883

49. Apresentação (Outras Formas) no(a)Curso de Educação e Treinamento em Via Aérea Difícil, 2002. (Outra)
Participação como aluno.

50. Apresentação (Outras Formas) no(a)Gerenciando a Terapia Intensiva com Qualidade - X Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, 2002. (Oficina)
Participação como aluno.

51. Apresentação (Outras Formas) no(a)X Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico e VII Fórum Latino-Americano de Resuscitação, 2002. (Congresso)
Participação como congressista.

52. Apresentação (Outras Formas) no(a)I Simpósio Internacional Einstein-Pittsburgh de Terapia Intensiva, 2002. (Simpósio)
Participação como congressista.

53. 15th Annual Congress of ESICM, 2002. (Congresso)

54. Apresentação de Poster / Painel no(a) III Congresso Nordestino de Terapia Intensiva, 2001. (Congresso)
Participação como congressista.

55. 1º Internacional Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine for Latin America, 2001. (Simpósio)

56. IX Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico e IV Fórum Latino-Americano de Resuscitação, 2000. (Congresso)

57. Apresentação (Outras Formas) no(a)Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS), 1997. (Outra)
Participação como aluno.

58. Apresentação (Outras Formas) no(a)Curso de Suporte Básico de Vida e Desfibrilação Automática Externa, 1997. (Outra)
Participação como aluno.

59. Apresentação (Outras Formas) no(a)VII Word Congress of Intensiva & Critical Care Medicine, 1997. (Congresso)
Participação como congressiva.

60. Apresentação (Outras Formas) no(a)5º Congresso Panemericano e Ibérico de Medicina Intensive, 1995. (Congresso)
Participação como congressista.

61. Apresentação (Outras Formas) no(a)Advanced Trauma Life Support (ATLS), 1994. (Outra)
Participação como aluno.

Organização de evento

1. TELES, José Mário M.
XVIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, 2013. (Congresso, Organização de evento)

2. TELES, José Mário M., SALLUH, J., GUSMAO, D., REZENDE, Ederlon
I Simposio Internacional AMIB de Sedacao, Analgesia e Delirium, 2012. (Congresso, Organização de evento)

3. TELES, José Mário M., REZENDE, Ederlon, MACHADO, Flávia, DIAS, Fernando S
XVII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, 2012. (Congresso, Organização de evento)

4. TELES, José Mário M., AGARENO, Sydeney, ZOLLINGER, Claudio C
III Congresso Balano de Terapia Intensiva, 2005. (Congresso, Organização de evento)

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 25/11/2013 às 01:29:36.

Instituto GERIR
Fls. 309

1899

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-BA

Fls. 188

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
020513080904720026050958
Instituto GERIR

Certificado

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, de acordo com a resolução vigente, certifica que registrou, em 22/02/2011, no livro nº 28, sob nº 9926, folha nº 56, a qualificação do médico,
JOSE MARIO MEIRA TELES, CRM nº 10643,

na especialidade de
MEDICINA INTENSIVA

Com validade em todo o território nacional.

Salvador - BA, 23 de fevereiro de 2011.

JORGE R. DE CERQUEIRA E SILVA
PRESIDENTE

NEDY MARIA BRANCO CERQUEIRA NEVES
1ª SECRETARIA

Associação Médica Brasileira

Associação de Medicina Intensiva Brasileira

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA

ao

Dr. José Mario Meira Teles

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

São Paulo, 5 de outubro de 1997

Dr. Cleuses Vieira de Paiva
Presidente da AMB

Dr. Edmund Chada Baracat
Secretário Geral da AMB

Dr. José Maria da Costa Orlando
Presidente da AMIB

Dr. Marcelo Mocck
Secretário Geral da AMIB

Instituto GERIR
Fls. 311

5º TABELIONATO DE NOTAS
DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Qd. F-41 LT 192 / 194
Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74095-325
FONE: 62 3223-1914
AUTENTICAÇÃO
02051308081720025050963
Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé Em
Test[illegible] da Verdade Goiânia-GO,
04 de [illegible] de 2013 cs232257
Daniélle de Sousa Oliveira Escrevente

S.E.S.
Fls. 1885

TE 1900

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ENTRADA OFÍCIO ..... : 29/06/05

SOLICITAÇÃO CONFECÇÃO ..... : 30/06/05

SAÍDA P/ SOCIEDADE ..... : 09/08/05

RETORNO DA SOCIEDADE ..... : 22/08/05

CADASTRAMENTO ..... : 22/08/05

SAÍDA P/ FEDERADA ..... : 29/08/05

REGISTRO ..... : 080650

Katia D'Amico
SECRETARIA DE TÍTULOS DE ESPECIALIDA

(ASSINARAM O PRESIDENTE E O SECRETÁRIO GERAL EM EXERCÍCIO NA DATA DO REGISTRO)

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1458 - Qd. F-41 Lt 192/194 - Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-225 - FONE/Fax: (62) 3225-1514

AUTENTICAÇÃO
02051308051720025050964
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testº da Verdade GOIÂNIA-GO, 04 de [illegible] de 2005 cs23225C
Daniela [illegible] Oliveira Escrevente

CARTÓRIO DO 12º TABELIÃO DE NOTAS
Alameda Santos, 1.470 - São Paulo - SP - Cep 01418-100
BEL. HOMERO SANTI - TABELIÃO - Tel. (11) 3284-4277 - Fax (11) 3284-4282

Reconheço por semelhança as firmas: ELOISES VIEIRA DE FA
TUR, EDILNO CHAGA BARACAT, as quais conferem com os padr
ões depositados em Cartório.
São Paulo, 29 de agosto de 200
Em testemunho [illegible] verdade.
Dulce Bernardes Ferrigno - Escr. Autorizado
050829150456 : Firmas:R$ 2,50 Total:R$ 5,00

Cartório Homero Santi do 12º Tabelião de Notas de São Paulo
FIRMA 2
042AA119995

FUNDAÇÃO BAHIANA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

EU, PROFESSOR DOUTOR CELSO LUIZ SANTIAGO FIGUEIROA, DIRETOR DA ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, TENDO EM VISTA A CONCLUSÃO DO CURSO DE MEDICINA, EM 03 DE DEZEMBRO DE 1991, CONFIRO O TÍTULO DE MÉDICO A

JOSÉ MARIO MEIRA TELES

FILHO DE JOSÉ MENDONÇA TELES E ATALA MEIRA TELES, BRASILEIRO, NASCIDO A 05 DE NOVEMBRO DE 1966, NATURAL DE SALVADOR, ESTADO DA BAHIA, E OUTORGO-LHE O PRESENTE DIPLOMA, A FIM DE QUE POSSA GOZAR DE TODOS OS DIREITOS E PRERROGATIVAS LEGAIS.

Salvador, 03 de dezembro de 1991

ourdes Hummel - Secretário

Celso Luiz Santiago Figueiroa - Diretor

Formando - Identidade n.º 03263217 72

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1495 - Qd. F-41 LT 192 / 194
Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE: 62 3223-1614
AUTENTICAÇÃO
02051308021720026050973
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original Dou Fé. Em ... da Verdade Goiânia-GO, ... de dezembro de 2013 cs232242
... Botella de Sousa Oliveira-Escrevente

INSTITUTO GERIR
Fls 342

1901

Curso de Medicina
Reconhecido pelo Decreto n.º 43.559
de 23.04.58 — D. O. U. 23.04.58

UFBA - SUPERINTENDENCIA ACADÊMICA
SECRETARIA GERAL DE CURSOS
LUCIANO DE SOUZA CERQUEIRA
Chefe da Seção de Diplomas e Certificados

Por delegação de competência do Ministério de Educação: portarias MEC/DAU n.º 726/77 e 71/77
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
REITORIA
Diploma registrado em 09/01/92 às fls 75
no livro de registro n.º 18-F da Universidade Federal da Bahia registro n.º 4.959
Salvador, 09 de janeiro de 1992
REITOR

José Rogerio da Costa Vargens
Reitor

Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia
O presente diploma de medico corresponde à inscrição n.º 10643
Carteira n.º 10643 deste Conselho, ora registrado.
Salvador, BA, 05/02/1992
José Siqueira
Presidente
Secretário

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
020513080S1720026050974
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original
Teste
Cartório Dourado Filho
Estado Goiás-GO
Escrevente

Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba
O requerente foi inscrito sob o nº 8549 às folhas 54 do Livro nº 02
João Pessoa, 11/06/2013
Maria do Socorro Pereira Dias
Assistente Administrativo

CREMEGO
Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás
Nesta data, o presente diploma do(a) JOSÉ MÁRIO MEIRA TELES foi registrado sob o nº 16904, de acordo com o artigo 17 da Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.
Goiânia 07/11/2012
Nº 010290
Dr. Salomão Rodrigues Filho
Presidente

CURRÍCULO: MARIA AP. CARRICONDO A. LEITE

RESUMO

S. E. S. Fls: 1887 Pública

Graduada em enfermagem e obstetrícia na Faculdade Adventista de Enfermagem de São Paulo em 1982. Especialista em Licenciatura em Enfermagem em 1984. Especialista em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde em 2010 pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Experiências profissionais: Secretária Municipal de Saúde de Assis, diretora de Hospital Estadual de Assis, diretora da Direção Regional de Saúde- DIR VIII-Assis e DRS Campinas, consultora do CONASS e OPAS no projeto FESP, secretária executiva do CONASEMS, elaboração e execução do projeto Município Amigo da Criança e Experiências Municipais Exitosas que foram publicadas e apresentadas em diversos fóruns em parceria com a Organização Panamericana de Saúde, Comunidade Solidária e UNICEF. Outras experiências profissionais: Presidente do COSEMS de São Paulo de 1993 a 1994. Organização de Eventos na área da saúde a nível municipal e estadual. Atuação na área de HIV e AIDS: *Membro da Comissão Nacional de AIDS-CNAIDS; Membro da Comissão, representação CONASEMS, na elaboração da Portaria GM/MS nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002 que Instituiu a política de incentivo do Programa Nacional de DST e AIDS. Membro da Comissão Nacional para Organização do Processo de Acreditação Hospitalar; Representação CONASEMS; Membro da Comissão Auditoria Hospitais Psiquiátricos, representação CONASS Portaria GM/MS 2011.

Dados pessoais

Nome: Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite

Nome em citações bibliográficas: LEITE, M. A. C. A.
Sexo: Feminino

Instituto GERIR Fls. 313

Formação acadêmica/Titulação

2009 - 2010 Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde. (Carga Horária: 360h).
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.
Título: As redes de atenção materno-infantil no CGR Bragança Paulista.
Orientador: Silvia Ricci Tonelli.

1983 - 1984 Especialização em Licenciatura em Enfermagem. (Carga Horária: 360h).
Faculdade Adventista de Enfermagem.
Título: O enfermeiro como educador.
Orientador: Liliana F. Daniel.

Formação complementar

1992 - 1992 Situação dos usuários de Álcool e drogas. (Carga horária: 120h).
Hospital Regional de Assis.

1992 - 1992 Gases medicinais. (Carga horária: 40h).
Oxigênio do Brasil.

1991 - 1991 Introdução ao controle de infecção hospitalar. (Carga horária: 40h).
Hospital Regional de Assis.

1991 - 1991 Curso continuado de UTI. (Carga horária: 120h).
Hospital Regional de Assis.

1990 - 1990 VI Semana de Enfermagem. (Carga horária: 40h).
Escola de Auxiliares de Enfermagem de Assis.

Atuação profissional

Instituto de Gestão em Saúde/GERIR

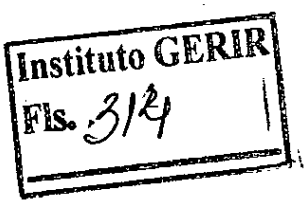
Vínculo institucional

2011 – Até hoje Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Consultora Técnica do GERIR.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, Brasil

Vínculo institucional

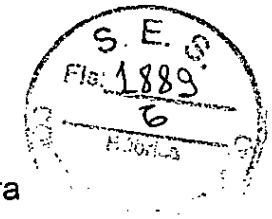
2010 – Até hoje Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Consultora Técnica do CONASS.



Direção Regional de Saúde de Campinas, Campinas, Brasil

Vínculo institucional

2009 – 2010 Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Diretora de Serviço Técnico de Saúde do DRS..



Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, Brasil

Vínculo institucional

2005 – 2008 Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Consultora Técnica do CONASS.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CONASEMS, Brasil.

Vínculo institucional

1994 - 2003 Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Secretária Executiva do CONASEMS.

ERSA 20- Assis, ERSA- ASSIS, Brasil.

Vínculo institucional

1994 - 1994 Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Diretora de Serviço Técnico de Saúde do ERSA.

Secretaria Municipal de Saúde de Assis, SMS, Brasil.

Vínculo institucional

1993 - 1994 Vínculo: cargo confiança, Enquadramento Funcional: Secretária Municipal de Saúde.

Outras informações Durante a gestão municipal foi **Presidente do COSEMS de São Paulo, colaboradora ABRASCO e Intervenção Santa Casa de Assis.**

Hospital Regional de Assis, HRA, Brasil.

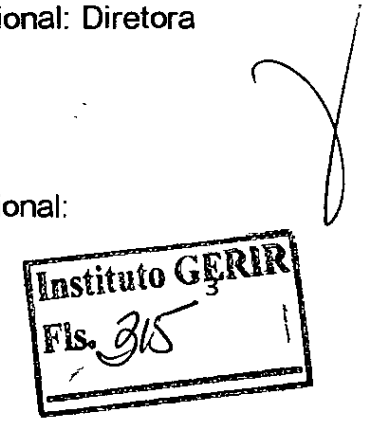
Vínculo institucional

1991 - 1993 Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Diretora de Serviço Técnico.

ERSA-Assis, ERSA, Brasil.

Vínculo institucional

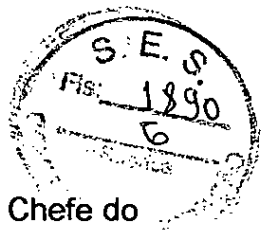
1991 - 1991 Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Enfermeira da Vigilância Epidemiológica.



Escola de Enfermagem do Estado de São Paulo, ERSA, Brasil.

Vínculo institucional

1990 - 1991 Vínculo: Professor Visitante, Enquadramento Funcional: Coordenadora da Classe Descentralizada.



Centro de Saúde de Maracaí, CSM, Brasil.

Vínculo institucional

1989 - 1990 Vínculo: cargo confiança, Enquadramento Funcional: Chefe do Serviço de Enfermagem e Coordenador.

Centro Formador de Assis- ERSA, ERSA, Brasil.

Vínculo institucional

1988 - 1988 Vínculo: Professor Visitante, Enquadramento Funcional: Professora.

Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social do Município de Assis, SMS, Brasil.

Vínculo institucional

1987 - 1988 Vínculo: Cargo de confiança, Enquadramento Funcional: Gestora Municipal de Saúde e Promoção Social.

Associação Caridade Santa Casa de Misericórdia Imaculada Conceição Candido Mota-SP, SMCM, Brasil.

Vínculo institucional

1986 - 1987 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Supervisora de enfermagem.

Clinica de Oftalmologia de Assis, COA, Brasil.

Vínculo institucional

1985 - 1986 Vínculo: P.S, Enquadramento Funcional: enfermeira.

Hospital e Maternidade Modelo Tamandaré, HMMT, Brasil.

Vínculo institucional

1983 - 1983 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Supervisora de Enfermagem.

Consultorias Técnicas:

TE 1906

Área de RH e RAS (UNICAMP), Funções Essenciais de Saúde Pública (CONASS e OPAS), Área RAS e Gestão de Projetos (PUC Campinas).

S. E. S.
Fls: 1891
6

Áreas de atuação

1. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Enfermagem.
2. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Epidemiologia.
3. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Medicina Preventiva.
4. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
5. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Gestão de saúde.

Idiomas

Espanhol	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
Inglês	Compreende Razoavelmente, Fala Pouco, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Produção em C,T & A

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. LEITE, M. A. C. A.. Saúde, direito primordial de cidadania. Saúde em Debate, v. 17, p. 223362, 1997.

Livros publicados/organizados ou edições

1. LEITE, M. A. C. A. (Org.). Avaliação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 01.
2. LEITE, M. A. C. A.. Município Amigo da criança: o projeto e as experiências municipais. 1ª. ed. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, 1996. v. 01. 116 p.

Capítulos de livros publicados

1. LEITE, M. A. C. A.. SUS. In: José Luiz Gomes do Amaral; Roberto de Mello; Luiz Antonio Nunes. (Org.). O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. 1ª ed. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001, v. II, p. 01-94.

Instituto GERIR
Fls. 317

Textos em jornais de notícias/revistas

1. LEITE, M. A. C. A.. Historia da municipalização da saúde. Jornal do CONASEMS, www.conasems.org.br, 15 maio 2003.

S. E. S.
Fls: 1892

Produção técnica

Trabalhos técnicos

1. LEITE, M. A. C. A.. Programa Centro de Desenvolvimento Infantil-exercendo a cidadania. 2005.
2. LEITE, M. A. C. A.. Membro da Comissão Própria de Avaliação (CPA). 2005.
3. LEITE, M. A. C. A.. Relatório Técnico da Oficina: As secretarias Estaduais de Saúde e os Polos de Educação Permanente em Saúde. 2005.
4. LEITE, M. A. C. A.. Comissão de elaboração da portaria nº 129/2005. 2005.
5. LEITE, M. A. C. A.. Membro da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. 2003.
6. LEITE, M. A. C. A.. Avaliação dos Indicadores da Atenção Básica. 2003.
7. LEITE, M. A. C. A.. Elaboração do Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. 2003.
8. LEITE, M. A. C. A.. Membro da Comissão para elaboração da Portaria GM/MS nº 2313. 2002.
9. LEITE, M. A. C. A.. Membro da Comissão Nacional de Recursos Humanos - 1995 a 2002. 2002.
10. LEITE, M. A. C. A.. Colaboração na pesquisa e publicação do artigo: Uma nova perspectiva para acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil. 2000.
11. LEITE, M. A. C. A.. Membro do GT Hansen de 1999 a 2003. 1999.
12. LEITE, M. A. C. A.. Membro da Comissão Nacional de AIDS- CNAIDS. 1996.

Institute GERIR
Fls. 318

Eventos

Participação em eventos

S. E. S.
Fls: 1893
6

1. Oficina de trabalho para auto-avaliação das funções essenciais da saúde publica na gestão do SUS. Auto-avaliação das funções essenciais da saúde publica na gestão do SUS. 2007. (Oficina).
2. Abrasco 2006- Congresso Internacional de Saúde Pública. Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS com Base nas funções essenciais da saúde pública. 2006. (Congresso).
3. Encontro de Gestores da Região Sul e I Encontro de municípios de fronteira da Brasil. Encontro de Gestores da Região Sul e I Encontro de municípios de fronteira da Brasil. 2002. (Encontro).
4. III Conferência Municipal de Saúde de Paraguaçu Paulista. III Conferência Municipal de Saúde de Paraguaçu Paulista. 1999. (Outra).
5. IV Congresso Paulista de Saúde Pública. Recursos Humanos no SUS-formação e desenvolvimento. 1998. (Congresso).
6. II Congresso de Secretários Municipal es de Salud de Las Américas. 1997. (Congresso).
7. Seminário de Implementação do SUS - NOB 01/96 e o município. Implementação do SUS. 1996. (Seminário).
8. Oficina de trabalho de gestores do SUS. Politica de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos Gestores do SUS. 1996. (Oficina).
9. Oficina de trabalho de gestores do SUS. Politica de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos Gestores do SUS. 1996. (Oficina).
10. XII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Municipalização: caminho de um novo modelo para a qualidade de vida. 1996. (Encontro).
11. X Conferência Nacional de Saúde. X Conferência Nacional de Saúde e III Conferência Estadual de Saúde. 1996.
12. II Conferência Estadual de Saúde. II Conferência Estadual de Saúde-delegado. 1996.
13. 9º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 9º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1993. (Encontro).
14. Conferência Regional de Recursos Humanos para a saúde. Conferência Regional de Recursos Humanos para a saúde- delegada. 1993.
15. I Conferência de Salud Brasil-Cuba. Atenção Básica no Brasil. 1993.

Instituto GERIR
Fls. 3/9

Organização de eventos

1. LEITE, M. A. C. A.. VI Congresso Nacional da Rede UNIDA, I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais, II Fórum Nacional de Redes em Saúde, Reunião de Polos de Educação Permanente em saúde. 2005. (Congresso).
2. LEITE, M. A. C. A.. IV Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas. 2002. (Congresso).
3. LEITE, M. A. C. A.. III Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas. 2000. (Congresso).
4. LEITE, M. A. C. A.. III Congresso Brasileiro de Prevenção às DST/AIDS. 1999. (Congresso).
5. LEITE, M. A. C. A.. I Encontro Nacional de Capitais, Regiões Metropolitanas e Polos Regionais de Atenção à Saúde. 1999. (Outro).
6. LEITE, M. A. C. A.. XV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1999. (Congresso).
7. LEITE, M. A. C. A.. XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1998. (Congresso).
8. LEITE, M. A. C. A.. XIII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1997. (Outro).
9. LEITE, M. A. C. A.. II Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas. 1997. (Congresso).
10. LEITE, M. A. C. A.. I Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas. 1995. (Congresso).
11. LEITE, M. A. C. A.. X Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 1995. (Congresso).
12. LEITE, M. A. C. A.. I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. 1994. (Congresso).

Instituto GERIR
Fls. 320

Faculdade Adventista de Enfermagem

A Diretora da Faculdade Adventista de Enfermagem,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem
e Obstetrícia em 12 de dezembro de 1982, confere o título de

Enfermeira a

Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite

filha de Ermeu Carricondo e Maria Garcia Carricondo, nascida a 25 de maio de 1958,
natural do Estado de São Paulo

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 25 de janeiro de 1983

Josué Martins
Secretário

Dra. Liliana Fleichter Daniel
Diretora

M. Sp. C. A. Leite
Diplomado

Instituto GERIS
Fls. 321

1910

Curso de

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA

Reconhecido pelo Decreto Federal n.º 73.535 de 23-01-74
publicado no Diário Oficial da União em 24-01-1974

Registrado sob n.º 533895
no livro Enf.-3 fls. 187
processo n.º 27065/83
em 28 de Julho de 1983

Por Delegação de Competência do Ministério da Educação e Cultura (Portarias Nº 98 /77 e 911/77)

CONFERE
Em 31 Agosto / 1983

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.

São Paulo, 31 AGO 1983

JOSÉ GERALDO SOARES DE MELLO
Secretário Geral

Pergaminho Artigal
ARTES GRÁFICAS
(011) 67-4155 - 60-1715
São Paulo - Brasil

MINISTÉRIO DO TRABALHO
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
REGISTRO N.º 28353
NOME: Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite
QUADRO: I CATEGORIA: ENFERMEIRO
LIVRO M-16 PAG. 119V EM 03/12/84
SEC PRESIDENTE

MINISTÉRIO DO TRABALHO
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
DE SÃO PAULO
INSCRIÇÃO Nº 28353
NOME Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite
QUADRO I CATEGORIA ENFERMEIRO
LIVRO 13 PAG. 22V(B) EM 10/1983
SECRETÁRIO PRESIDENTE

1º REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS
Goiânia - 1º Registro Civil e Tab. de Notas
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original, Dou Fé. 0040
35025D
Goiânia, 06 de fevereiro de 2013 - 10:04:57h
Em Test da Verdade
Yanez Rodrigues de Oliveira
Tabelião Respondente
01971301240916026003911
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

SUS Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA SÍRIO-LIBANÊS

O Hospital Sírio-Libanês, em função da portaria GM/MS nº 3276, de 28 de dezembro de 2007, que regulamenta as ações filantrópicas dos Hospitais de Excelência, por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação, por portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que

MARIA APARECIDA CARRICONDO DE ARRUDA LEITE

concluiu, conforme disposições do verso, o curso de Pós-graduação Lato Sensu "Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde", no período de 9 de setembro de 2009 a 30 de setembro de 2010.

São Paulo, 13 de abril de 2011

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Coordenador do Curso e Diretor de Ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Goiânia - 1º Registro Civil e Tab. de Notas
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original, Dou Fé. 0040 *350267.
Goiânia, 06 de fevereiro de 2013 - 10:04:59h
Em Test° da Verdade
Yanez Rodrigues de Oliveira
Tabelião Respondente
01971301240916026003918
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite
Discente

Instituto GERIR Fls. 322

1911

1° REGISTRO CIVIL E TABELIONATO 1° REGISTRO CI
Goiânia 1° Registro Civil e Tab. de Notas
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original Dou Fé 0040
350267
Goiânia 06 de fevereiro de 2013 - 10:04:59h
Em Test° da Verdade
Yanez Rodrigues de Oliveira
Tabelião Respondente
0197130124091602600391 7
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Pós-graduação Lato Sensu "Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde"

Coordenação: Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha

Período: 9/9/2009 a 30/9/2010

Carga Horária Total: 360 horas

Conceito Final: Aprovado

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC: O processo da aprendizagem se dá na medida da reflexão sobre a ação, do pensamento sobre o vivido

Certificado registrado sob nº: 482/2010

Expedido em: 13/4/2011

Secretaria Acadêmica:

ANOS
CONASEMS

S. E. S.
Fls: 1897
Rubrica

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que **Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite**, foi Secretária Executiva do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, no período de 1995 a 2003.

Brasília-DF, 13 de Agosto de 2009.

Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Presidente do CONASEMS

1° REGISTRO CIVIL E TABELIONATO 1° REGISTRO CIVIL E TABELIONATO 1° REGISTRO CIVIL
Goiânia 1° Registro Civil e Tab. de Notas
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original Dou Fé. 0040
350220
Goiânia, 06 de fevereiro de 2013 - 10:05:00h
Em Test da Verdade
Yanez Rodrigues de Oliveira
Tabelião Respondente
0197130124091602600392
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" , Anexo, Ala B, Sala 144 Brasília / DF CEP: 70058-900
Tel: (061) 3223-0155 FAX 3223-0155 Email: conasems@conasems.org.br - Site: www.conasems.org.br

Instituto GERIR
Fls. 323

Proc. 001-30480-91-5, CHEFE DE SEÇÃO TÉCNICA, Fx.10 da EVNS, da Seção de Manutenção de Equipamentos, do Serviço de Manutenção, do Grupo Técnico de Gerenciamento Hospitalar, do Hospital Geral de Vila Penteado,Decreto néme - ro 32 253/91, EDIR CAMPANINI, 6 174 314, Engenheiro I,do referido Hospital;

Proc. 001-31577-91-7, DIRETOR TÉCNICO DE SERVIÇO , Fx. 24, da EVCC, do Serviço de Farmácia, da Divisão de Apoio Técnico, da Unidade de Gestão Assistencial IV, Decreto 32 093/91, NEUSA FORTES JARDIM, 11 039 926, Farmacêutico, Fx. 7, da EVNS, da referida Unidade e

Proc. 008-06031-91-6, CHEFE DE SEÇÃO II, Fx. 15, da EVNM, da Seção de Faturamento, do Serviço de Finanças,do Grupo Técnico de Administração Hospitalar, da Unidade Gestão Assistencial III, Decreto 32 892/91, EDMAN ROBERTO ZAMAI, 15 140 197, Escriturário, Fx. 3, da mesma EV, da referida Unidade.

os adiante citados, Motoristas, temporários, Fx. 3, da EVNM, para a partir das datas a seguir e em Jornada Completa de Trabalho, exercerem as funções de serviço público de CHEFE DE SEÇÃO II, Fx. 15, da mesma EV, do Grupo Técnico de Gerenciamento Hospitalar, do Hospital Geral de São Mateus,da CRS I,ficando-lhes concedida gratificação "pro labore" em conformidade com o disposto no § 2º do artigo 28, da Lei IO 168/68 e Decreto 20 940/83, onerando a despesa à verba própria do orçamento;

a partir de 27.11.91, Seção de Andministração de Subfrota, do Serviço de Administração, RICARDO VELASQUES GOMES, 3 884 461, do DAS, da Coordenadoria Geral de Administração.

a partir de 14.11.91, Seção de Manutenção Predial , do Serviço de Manutenção, JADIR DIAS FABER, 11 826 966 , do referido Hospital.

tendo em vista o que consta dos processos abaixo, os adiante citados, CLT, do ERSA 20 - Assis - Hospital Regional de Assis, da CRS 2, para em Jornada de 40 (quarenta) horas semanais de Trabalho, nos termos dos artigos 450 e 499 da CLT, exercerem interinamente as funções de confiança a seguir, do referido Hospital, constante da estrutura prevista pelo Decreto 33 830/91, onerando o despesa os recursos do convênio SUDS/SP:

Proc. 008-07013-91-3, DIRETOR TÉCNICO DE SERVIÇO , Fx. 24, da EVCC, do Serviço Técnico de Infra-Estrutura , LUÍS ÁLVARO COELHO, 6 664 457, Engenheiro I;

Proc. 008-07004-91-4, DIRETOR TÉCNICO DE SERVIÇO , Fx. 24, da EVCC, do Serviço de Enfermagem, MARIA APARECIDA CARRICONDO DE ARRUDA LEITE, 9 522 643, Enfermeiro , Fx. 7, da EVNS;

Proc. 008-07016-91-8, ENCARREGADO DE SETOR II,Fx.11, da EVNM, do Setor de Manutenção Elétrica e Hidráulica,da Seção de Manutenção, do Grupo Técnico de Gerenciamento Hospitalar, GERALDO CARDOSO, 9 016 774, Motorista, Fx. 3, da mesma EV;

Proc. 008-07017-91-6, ENCARREGADO DE SETOR II,Fx.11, da EVNM, do Setor de Almoxarifado, da Seção de Material e Patrimônio, do Grupo Técnico de Gerenciamento Hospitalar, GILMAR DE ALMEIDA, 19 622 858, Auxiliar de Serviços, Fx. 6, da EVNE;

Proc. 008-07015-91-0, ENCARREGADO DE SETOR I, Fx. 8, da EVNM, do Setor de Zeladoria, da Seção de Administração do Grupo Técnico de Gerenciamento Hospitalar, IRINEU FREITAS, 4 550 954, Vigia, Fx. 6, da EVNB e

Proc. 008-07003-91-6, CHEFE DE SEÇÃO TÉCNICA,Fx.10, da EVNS, da Seção de Farmácia, do Serviço Técnico de Infra-Estrutura, LUCIMÉIA DOS SANTOS, 11 139 232, Farmacêutico, Fx. 7, da mesma EV.

Apostila do Secretário de 20.01.92

Res.de 13, pub.a 14.12.91, para declarar na parte em que admitiu ANTONIO FUSTES MARTINS, 17 407 716, para exercer a função atividade da Escriturário, no ERSA 4D - Jales, da CRS 3, que sau nome correto é ANTONIO FUSTER MARTINS.

Despachos do Secretário, de 15-1-92

Proc.008-00171/92-7 - "Autorizo afastamento ANGELA Mª SPADARI D'AMELIO,5 510 946, Cirurgião Dentista- Fx-8, efetivo, do Deptº.de Perícias Médicas do Estado, para SEM prejuízo dos vencimentos e demais vantagens de seu cargo, porém SEM quaisquer outro ônus para o Estado, participar do XV CONGRESSO PAULISTA DE ODONTOLOGIA a realizar-se nesta Capital no período de 25 a 30.01.92."

Proc.001-00626/92-8 - "Autorizo afastamento PEDRO JOSÉ STORTI,2 680 050, Cirurgião Dentista-Fx-8,extranumerário, do ERSA-17 - Andradina, para SEM prejuízo dos salários e demais vantagens de sua função-atividade, porém SEM quaisquer outro ônus para o Estado, participar do XV CONGRESSO PAULISTA DE ODONTOLOGIA a realizar-se nesta Capital no período de 25 a 30.01.92."

Proc.001-00650/92-0 - "Autorizo afastamento ANDRÉ VILLELA LOMAR,8 417 506, Médico, designado Diretor Técnico de Divisão-Fx-26, do Inst.de Infertologia "Emilio Ribas", da CIP, para SEM prejuízo dos vencimentos e demais vantagens de seu cargo, porém SEM quaisquer outro ônus para o Estado, participar do XXVIII CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL a realizar-se em

Contratando sob o regime da C.L.T.

A Partir de 20.01.92

A vista do Processo nº 008 06 048 91 ção Governamental constante do Proc. e em reposição em virtude de habilitação seletivo público homologado em 07.03.91, artigo 443 da C.L.T. c/artigo 19 inciso 500/74 com redação dada pelo artigo 203 artigo 13 § 1º item II da LC nº 0.091/74, ÇÃO, R.G. 17.944.749-X, para exercer em horas semanais a função de Tra gal junto a Comissão Central de Medicamen na vaga decorrente da dispensa de Cleberteiro da Costa Santos, em 07.10.91, D.O. e

Extrato de Rescisão de Contrato de Tr

Fica rescindido o Contrato de Trabalh indicados sob o regime da C.L.T. Convênio

A Pedido

Cristina Ruriko Hirota, R.G. 16.728.9 Administrativo da Coordenadoria de Recurs partir de 20.01.92

Maria Tereza Braga de Moraes, R.G. 17 cretária II do Departamento Técnico de Ed partir de 16.01.92.

- Sem Justa Causa

Roseli Helena de Oliveira, R.G. 17.32 tente do Departamento de Equipamentos de tir de 17.01.92.

Retificação

Do D.O. de 18.01.92

Na parte referente a Extrato de Rescis to de Trabalho onde se lê: Rosilda Maria de se CORRETAMENTE ROSILDA MARIA DA SILVA SA

Termo de Alteração do Contrato de Tral

Fica alterada a Cláusula 4ª do Contrat lho celebrado entre a Secretaria da Saúde gusta Mariano Silva, R.G. 3.611.763, Escri Divisão de Finança-DAS para o Centro de Sa Gonçalo Feliciano Alves - ERSA-3, a partir

CLÁUSULA 4ª - O EMPREGADO exercerá sua unidades vinculadas à Secretaria da Saúde.

DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS

DESPACHOS DO DIRETOR DO DPME

As decisões proferidas nos pedidos d ção estão embasadas pelo art. 43 a 45 do d 29.150/88

SECRETARIA DA AGRICULTURA E ABASTECI

RG.11.504.207 - Geraldo Antonio ...satura - 1-92- 07 dias a contar de arts 185-191-193-I-EFP- lei 500-74- recons 3-1-92.

SECRETARIA DA CIENCIA TECNOLOGIA E DESENVO. NOMICO.

RG;13.596.750 - Roberto Luciano Reaen dos de 15-1-92- 20 dias a con 91 - arts 191-193-I-EFP- reconsidera DO de

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

RG.1.513.892 - Arlovaldo Jose de Conveia 15-1-92- assunto resolvido 25-11-71- e 14-11-92.

RG.2.923.206 - Cimar Marlene Ballorio - 92 - 30 dias a contar do 191-193-I-EFP- reconsidera DO de 21-12-91.

RG.3.019.682 - Jilson Quintino Pontes - 92 - Indefiro, conforme pa ta médico .

RG.3.243.933 - Cecilia Papal - processo no DO de 22-10-91- leia-se 194- EFP-

RG.3.455.952 - Vera Lucia Karaucci Tassin 8-11-91- 5 dias a contar d arts 191-193-I-EFP- reconsidera DO de 31-10

RG.4.200.534 - Argelia Aparecida Kareire 16-1-92- 30 dias a contar arts 191-193-I-EFP- reconsidera DO de 31-12-

RG.4.630.651 - Ivone Simbol Cristo de Ma de 13-1-92- assunto resolv 16-1-92-

RG.4.739.520 - Maria Lucia Bastia Assumpçã 16-1-92- assunto resolvido 2-10-91 -

RG.4.799.257 - Katia Fernandes da Silva- 2-1-92- O assunto e previst do Decreto nº 29.100/ de 11-11-90.

RG.4.882.495 - Eliana Maria Sant'Ana Fonsi 16-1-92- 60 dias arts 191-193-I-EFP- reconsi 10-1-92.

RG.4.893.194 - Maria Tereza Pena de Pascon de 16-1-92- No DO de 23-6-7 conter de 21-5-79- e não como constou.

RG.5.026.293 - Tereza Cristina Zaccaro - 92- 15 dias arts 191-193-I- dera DO de 31-12-91.

RG.5.194.968 - Maria Cecilia Souto Branco Cogts de 16-1-92- 14 dias a 8-12-91- arts 191-193-I-EFP- reconsidera DO

RG.5.252.501 -

Instituto GERIR
Fls. 324

Goiânia · 1º Registro Civil e Tab. de Notas
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original. Dou Fé. 0040 *35022E.
Goiânia, 06 de fevereiro de 2013 - 10:05:01h
Em Test° de Verdade
Yanez Rodrigues de Oliveira - Tabeliã Respondente
0197130124091602600392
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

TCE 1914

S. E. S.
Fls: 1899
Rubrica

DESA.20 - ASSIS

PORTARIAS DO DIRETOR, DE 16.09.92

SUSPENDENDO:

a partir de 31.07.92, o Contrato de Trabalho firmado em 22.12.88, que entre si celebram o Estado de São Paulo, pela Secretaria de Estado da Saúde e MARIA APARECIDA CARRICONDO DE AREUDA LEITE, R.G. 9.522.643, Enfermeiro, C.L.C. 015.702.618-30, portadora da C.T.P.S. nº 020484, série 607 - SP, em virtude da mesma ter sido Nomeada em Comissão para o cargo de Diretor Técnico de Serviço de Saúde.

1° REGISTRO CIVIL E TABELIONATO
Goiânia - 1° Registro Civil e Tab. de Notas
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original Dou Fé
350233
Goiânia, 06 de fevereiro de 2013 - 10:05:02h
Em Teste da Verdade
Yanez Rodrigues de Oliveira
Tabelião Respondente
01971301240916026003924
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

Instituto GERIR
Fls. 325

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SES
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESTADO DE GOIÁS

DECLARAÇÃO

Declaramos que Maria Aparecida Carriocondo participou como instrutora da **Capacitação para Facilitadores da Oficina de Redes de Atenção à Saúde – Parte II** realizada no Augustus Hotel, em Goiânia, nos dias 12 e 13 de março de 2012.

Goiânia, 13 de março de 2012.

DRª MEIRE INCARNAÇÃO R. SOARES
Superintendente de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS

Instituto GERIR
Fls. 226

1° REGISTRO CIVIL E TABELIONATO 1° REGISTRO CI
ELIONATO 1° REGISTRO CIVIL E Tab. de Notas 1° REC
Goiânia 1° Registro Civil e Tab. de Notas
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original Dou Fé: 0040
Goiânia, 06 de fevereiro de 2013 - 10:05:03h
Em Test da Verdade.
Yanez Rodrigues de Oliveira
Tabelião Respondente
0197130124091602600392 6
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

1915

TCE 1916

S. E. S.
Fls: 1901

Governo do Estado do Amapá

Secretaria de Estado de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaramos que a senhora **MARIA APARECIDA CARRICONDO LEITE** participou da Oficina de Auto Avaliação das Funções Essenciais da Saúde Publica- FESP na Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde – SUS, realizada no Município de Ferreira Gomes, nos dias 16,17, e 18 de Novembro de 2011.

Macapá, 18 de novembro de 2011

EDILSON AFONSO MENDES PEREIRA

SECRETARIO DE ESTADO DA SAÚDE

1° REGISTRO CIVIL E TABELIONATO 1° REGISTRO CIVIL
Goiânia 1° Registro Civil e Tab. de Notas
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original Dou Fé. 0040
350238
Goiânia, 06 de fevereiro de 2013 - 10:05:03h
Em Test da Verdade.
Yanez Rodrigues de Oliveira
Tabelião Responderite
0197130124091602600392
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br
Rua 7 nº 187 - Centro
Fone: 3225-2027

Instituto GERIR
Fls. 327

TCE 1917

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Fazendo o melhor pra você.

Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
E-mail: agpos.ses@gmail.comTelefone: (62) 3201-3808

S. E. S. Fls: 1902

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, INSCRITA no CNPJ nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, Nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia/GO, **ATESTA** para os devidos fins, que o Instituto de Gestão em Saúde/**GERIR**, CNPJ nº 14.963.977/0001-19, através do Contrato de Gestão nº 0064/2012/SES/GO e seus aditivos, realiza a Gestão do Hospital de Urgências de Goiânia/**HUGO** visando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do referido hospital.

O Instituto de Gestão em Saúde/GERIR possui a Enfermeira **Nádia Ferreira Gonçalves**, inscrita no COREN/GO nº 242737, Mestre em Saúde Coletiva, realizando na Gestão do **HUGO**, desde maio de 2012, o monitoramento e acompanhamento do Contrato de Gestão visando à administração e gerenciamento da referida unidade hospitalar.

O **HUGO** é uma Unidade Hospitalar Pública Estadual, Unidade de Urgência e Emergência, referência para o Centro Oeste, com 305 leitos hospitalares gerais, sendo 58 leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Desenvolve o Programa de Residência Médica e Residência Multiprofissional, qualificado pelo MEC. A **Residência Médica** nas áreas de Clínica Médica; Geriatria; Neurologia; Cardiologia; Ortopedia; Cirurgia Geral e Medicina Intensiva.

Utiliza o Acolhimento do Paciente com Classificação de Risco, segundo o protocolo de Manchester. Desenvolve também o Programa de Captação de Órgãos para Transplante. O Instituto **GERIR** realiza o cumprimento da totalidade das metas dos indicadores **qualitativos** e **quantitativos**, com pontuação no nível ótimo. A produção/volume dos serviços prestados é superior à produção contratualizada.

O **HUGO** possui em sua estrutura assistencial:

- **Pronto Atendimento:** Unidade de Trauma; Emergência Clinica; Observação e Sala de Classificação de Risco.
- **Traumatologia:** 02 Unidades
- **Clínica Médica:** Clinica Medica; Neurologia; Cardiologia; Geriatria.
- **Clínica Cirúrgica:** Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular
- **Unidade de Tratamento Intensivo:** Geral e Neurológica

Instituto GERIR Fls. 328

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Fazendo o melhor pra você.

Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde
Assessoria de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – AGPOS
Rua: SC - 1, N.º 299, Sala 099, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO., CEP.: 74.860-270
E-mail: agpos.ses@gmail.comTelefone: (62) 3201-3808

S. E. S. Fls: 1903

- **Ambulatório:** com 21 salas
- **Centro Cirúrgico:** O Centro Cirúrgico possui 10 salas equipadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto todos os dias da semana. Possui 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica – RPA com 8 leitos.

A organização apresenta no seu quadro de funcionários e consultores, Corpo Gerencial com experiência na Gestão pública e privada de Serviços de Saúde.

O Corpo Gerencial desenvolve instrumentos e ferramentas gerenciais visando o cumprimento e a revisão se necessário, das metas pactuadas entre as partes, no sentido de ampliar a qualidade dos processos e ações em saúde no hospital.

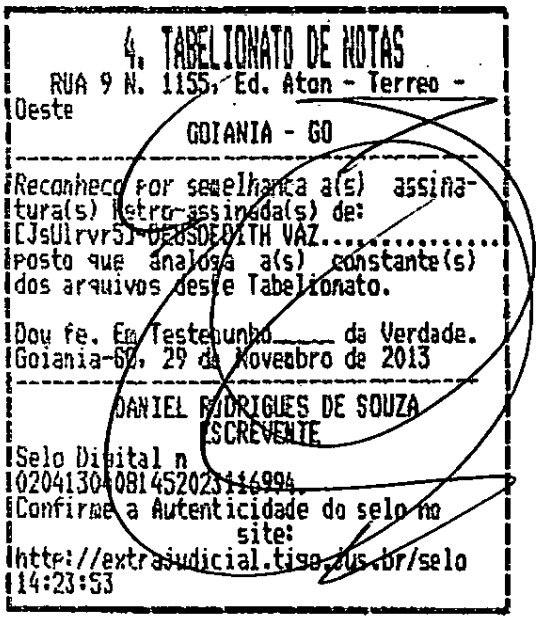
A Organização desenvolve com competência a Administração, o Gerenciamento, a Operacionalização e a Execução de Ações e Serviços de Saúde no **HUGO**. Os Serviços Contratualizados são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa, demonstrando a eficiência e a credibilidade nos trabalhos apresentados.

Por ser verdade firmamos o presente.

Superintendência de Gerenciamento das Unidades de Saúde – SES/GO, em Goiânia, aos 29 de novembro de 2013.

Dr. Desdedith Vaz
Superintendente de Gerenciamento das Unidades de Saúde

Instituto GERIR
Fls. 320



4. TABELIONATO DE NOTAS
RUA 9 N. 1155, Ed. Aton - Terreo - Oeste
GOIANIA - GO

Reconheco por semelhança a(s) assinatura(s) Retro-assinada(s) de:
[JsUlrvr5J-DEUSDEDITH VAZ.....
posto que análoga a(s) constante(s) dos arquivos deste Tabelionato.

Dou fe. Em Testemunho_____ da Verdade.
Goiania-GO, 29 de Novembro de 2013

DANIEL RODRIGUES DE SOUZA
ESCREVENTE

Selo Digital n
1020413AA08145202311699A.
Confirme a Autenticidade do selo no site:
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
14:23:53

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

GERIR SUS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GOVERNO DE GOIÁS

S. E. S
Fls: 1904
Rubrica

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica

Atestamos para os devidos fins que, **Nádia Ferreira Gonçalves, Enfermeira, Mestre em - Ciências da Saúde,** inscrita no **Coren-Goiás de Nº. 242.737**, participa da Administração e Gerenciamento do Hospital de Urgências de Goiânia, desde 2012.

Possui experiência em Monitoramento de Contrato de Gestão; Elaboração e Implementação de Projetos Institucionais; Elaboração e Acompanhamento de Indicadores Hospitalares e Elaboração de Relatórios de Gestão.

O Hospital de Urgências de Goiânia possui **305 leitos**, éreferência no Planalto Central, e atende todo o Centro-Oeste e outros Estados, sendo todos os seus leitos dedicados exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os serviços são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa.

Atestamos ainda que sempre foram demonstradas a eficiência e a credibilidade dos trabalhos apresentados.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 3 - Nº 347 - SETOR CENTRAL
CEP: 74030.065 - FONE: 62 3223-1614
02051308091205023056814 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança a assinatura de KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO. Dou fé Em Test° da Verdade.
Goiânia-GO, 25/11/2013 17:50:05h.cs18805B 0025
Cláudio Silva Angelo de Menezes Escrevente

Atenciosamente,

5º OFÍCIO

Goiânia, 22 de novembro de 2013.

Sra. Karla Azeredo Ramos de Castro
Diretora Administrativa - HUGO

Instituto GERIR
Fls. 330

Av. 31 de março, esq. C/5ª Radial, s/n Setor Pedro Ludovico – Goiânia/Goiás.

*Fone: (0**62) 3201-xxxx– 3201-xxxx*
E-mail: huga.xxxxxx@gerir.org.br

APRESENTAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Nome: Nádia Ferreira Gonçalves	CPF:969971681-91

S. E. S.
Fls: 1905
Auditoria

Cursos de formação acadêmica - Curso(s) superior(es) reconhecido(s) pelo MEC:

Curso: Enfermagem
Instituição: Universidade Federal de Goiás
Período: 2006 - 2010

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (com carga horária mínima de 360 horas), reconhecido pelo MEC:

Curso: Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
Instituição: Universidade Federal de São Paulo
Período: 2011 - 2013
Carga Horária: 3.600

Cursos de pós-graduação, em nível de Mestrado, reconhecido pelo MEC:

Curso/Programa: Ciências da Saúde
Instituição: Universidade Federal de Goiás
Período: 2011 - 2013

Exercício de atividade profissional de nível superior em emprego/cargos/especialidades ou de gestão:

Instituição onde trabalhou: Hospital de Urgências de Goiânia
Período:2012 - Atual
Cargos ocupados, funções exercidas: Assistente Técnica de Direção
Experiência adquirida (principais atividades desenvolvidas e realizações): Monitoramento de Contrato de Gestão; Elaboração e Implementação de Projetos Institucionais; Elaboração e Acompanhamento de Indicadores Hospitalares e Elaboração de Relatórios de Gestão.

Instituto GERIR
Fls. 331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
(62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Diego Divino da Silva Mota - ESCREVENTE
05/12/2013

O Reitor da Universidade Federal de Goiás confere o grau de

Bacharel e Licenciada em Enfermagem

a

Nádia Ferreira Gonçalves Ribeiro

brasileira, nascida em Goiânia - Goiás, no dia 3 de dezembro de 1983, documento de identificação nº 4164782/GO, tendo em vista a conclusão do curso de Enfermagem, Bacharelado e Licenciatura, no 2º semestre de 2010, com colação de grau em 8 de fevereiro de 2011 e lhe expede o presente diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 8 de fevereiro de 2011.

Prof. Dr. Edward Madureira Brasil
Reitor

Profª. Drª Valquiria da Rocha Santos Veloso
Diretora do CGA

Nádia Ferreira G. Ribeiro
Nádia Ferreira Gonçalves Ribeiro
Diplomada

UFG

Instituto GERIR
Fls. 332

FE 1921

Renovado o reconhecimento do curso pela Portaria SESu/MEC nº 728, de 23/10/2008 - D.O.U. - 24/10/2008.

MEC - **UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS** -

(Curso reconhecido pela Portaria MEC nº 1225 de 18/12/1979 - D.O.U. 18/12/1979) -

Diploma registrado por delegação de competência do MEC, nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei nº 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional)- D.O.U. de 23/12/1996.

Registro nº 78631, em 08/02/2011 - Processo nº 23070.024096/2010-53.

Goiânia, 8 de fevereiro de 2011.

Solange Rocha Caetano

Assist. em Administração em exercício da GERD

DAA/UFG

Código de controle do diploma: AADA.29BA.AF54.487F

3º C. T. B. 3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia GO (62) 3223 2471

AUTENTICAÇÃO

0199131121252260002731

https://extrajudicial.tjgo.jus.br

Confere com o original

Diego Divino da Silva Mota

ESCREVENTE

05/07/2013

Nome: Nádia Ferreira Gonçalves Ribeiro

I - ENFERMEIRO

Registro Nº.	Em	Livro	Folha
242737	30/03/2011	12	86

CRC Presidente

477657

APOSTILA DE SEGURANÇA

NÁDIA FERREIRA GONÇALVES RIBEIRO

Documento nº 4164782/GO

040665

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 130.81867.31-1

NÚMERO: 6619956 | SÉRIE: 0030 | UF: GO

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

TCE 1922

NADIA FERREIRA GONCALVES RIBEIRO

FILIAÇÃO..... JOAO ALBERTO GONCALVES
CARLITA FERREIRA GONCALVES

NASCIMENTO.....: 03/12/1983 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL...: CASADO

NATURALIDADE: GOIÂNIA - GO

DOCUMENTO.....: C. I. 4164782 26/04/2000 DGPC GO

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 969.971.681-91 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/GO - 15/03/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

Goiânia - 1º Registro Civil e Tab. de Notas
AUTENTICAÇÃO
Confere com a original, Dou Fé. 0050 *470361.
Goiânia, [illegible] de novembro de 2013
Em Test° da Verdade
Jânio Rodrigues de Oliveira
Oficial e Tabelião
01971307150844026032420
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS
Rua 7, nº 187
Centro
Fone: 3223-2022

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE	HEMOFILIA
	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO

ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de Julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO	DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR
39742	0029	GO	1-1-1	15/03/11	
			Ag. Agência de Emissão		

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR 11.363.977/0001-19

Instituto de Gestão em Saúde-IGES

CGC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO Rua 1.124, Nº 123 Qd. 226 Lt. 16

St. Marista - CEP 74175-080

MUNICÍPIO..... UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO ADMINISTRAÇÃO

CARGO CHEFE DE SEÇÃO

CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO 04 DE JULHO DE 2012

REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R$ 5.000,00 (cinco mil reais) p/ mês

1ª Instituto de Gestão em Saúde-IGES

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHAS

1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA.....

Instituto GERIR
Fls. 333

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

EMP : INSTITUTO DE GESTÃO EM SAUDE - GERIR
CNPJ: 14.963.977/0001-19

ALTERAÇÃO DE CARGO

Fica alterado o cargo do portador da presente CTPS
para Assist. Técnico de Direção
a partir de 01 / 11 / 12

Gisele M. Mendonça

Gisele M. Mendonça
Instituto de Gestão em Saúde-IGES

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

TCE 1923

S. E. S.
Fls: 1906

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

INSCRIÇÃO - COREN-GO 242.737
ENFERMEIRO

NOME
NADIA FERREIRA GONÇALVES RIBEIRO

NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE
GOIANIA
GO
BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO | DATA DE VALIDADE
03/12/1983 | 02/07/2017

PRESIDENTE

RG
4164782 2.via

ÓRGÃO EXPEDIDOR
DGPC-GO

DATA DE EMISSÃO
02/07/2012

FILIAÇÃO
JOAO ALBERTO GONÇALVES
CARLITA FERREIRA GONÇALVES

CPF
969.971.681-91

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

É PROIBIDO RASURAR

VALE COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL (ART. 33 INCISO VII DA LEI 5905 DE 12/07/73 E LEI 6206 DE 07/05/75)

1° REGISTRO CIVIL E TABELIONATO 1° REGISTRO CIVIL E TABELIONATO 1° REGISTRO CIVIL E TABELIONATO

Eduardo Reche de Souza

TCE 1924

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/2885356016630203
Última atualização do currículo em 13/12/2013

S. E. S.
Fls: 1909
Assinatura

Atualmente é presidente do Instituto de Gestão em Saúde GERIR. Tem experiência na área de Engenharia Biomédica, com ênfase na área de manutenção de equipamentos médicos e assessoria em descritivos de equipamentos para aquisição, **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Eduardo Reche de Souza
Nome em citações bibliográficas	SOUZA, E. R.

Endereço

Endereço Profissional	Instituto de Gestão em Saúde. Rua 89, 526 Setor Sul 74093140 - Goiânia, GO - Brasil Telefone: (62) 30952793 URL da Homepage: www.gerir.org.br

Formação acadêmica/titulação

2007 - 2008	Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho. (Carga Horária: 360h). Universidade Federal de Uberlândia, UFU, Brasil. Título: O Status Quo da Engenharia de Segurança do Trabalho. Orientador: Prof. João Cicero da Silva.
1997	Graduação em andamento em Engenharia Elétrica. Universidade Federal de Uberlândia, UFU, Brasil.

Formação Complementar

2002 - 2003	Extensão universitária em Gerenciamento da Manutenção de Equipamentos Médico. (Carga horária: 120h). Universidade Estadual de Campinas.

Atuação Profissional

VERTRAUEN MANUTENÇÃO E CONSULTORIA LTDA, VERT, Brasil.

Vínculo institucional

2010 - Atual	Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Sócio Proprietário, Carga horária: 40
Outras informações	Consultoria em Engenharia Clínica;

Instituto GERIR
Fls. 335

Instituto de Gestão em Saúde, GERIR, Brasil.

Vínculo institucional

2011 - Atual	Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Presidente

TCE 1925

Fundação de Assistência Estudo e Pesquisa de Uberlândia, FAEPU, Brasil.

Vínculo institucional

2002 - 2009	Vínculo: Celetista formal, Enquadramento Funcional: Engenheiro Eletro Eletrônico, Carga horária: 40
Outras informações	Cronologicamente: - Atuação em Elaboração de especificações de equipamentos eletromédicos; - Manutenção de Equipamentos eletromédicos; - Gerenciamento da equipe da Mecênica - Elaboração de projetos de gases medicinais - Gerente da área (Bioengenharia)

Vínculo institucional

2001 - 2002	Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Estagiário, Carga horária: 20
Outras informações	Ainda em Andamento.

Atividades

6/2001 - Atual	Estágios , Hospital de Clínicas de Uberlândia, Bioengenharia. Estágio realizado Estágio em andamento.
6/2001 - Atual	Serviços técnicos especializados , Hospital de Clínicas de Uberlândia, Bioengenharia. Serviço realizado Manutenção Preventiva de Equipamentos eletromédicos.
6/2001 - Atual	Treinamentos ministrados , Hospital de Clínicas de Uberlândia, Bioengenharia. Treinamentos ministrados Treinamento em Respiradores Artificiais da marca Inter-5 Terinamento em Sistemas de Acreditação Hospitalar Treinamento em Sistemas de Controle de Qualidade ISO Treinamento em Sistema de Gerenciamento Hospitalar.
01/2009 - 08/2010	Conselhos, Comissões e Consultoria, Hospital de Clínicas de Uberlândia, . Cargo ou função Presidente da Comissão de Prevenção de Combate a Incêndio.

Governo do Distrito Federal, GDF, Brasil.

Vínculo institucional

2009 - 2010	Vínculo: , Enquadramento Funcional: Presidente da Comissão de Padronização, Carga horária: 40
Outras informações	- Elaboração de especificação de equipamentos eletromédicos; - Participação de licitações; - Recebimento de equipamentos médicos;

Is Metrologia, IS METROLOGIA, Brasil.

Vínculo institucional

2001 - 2001	Vínculo: Outro, Enquadramento Funcional: Estagiário, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.
Outras informações	Feito estágio supervisionado no Grupo São Francisco de Ribeirão Preto pela IS METROLOGIA

Atividades

1/2001 - 3/2001	Estágios , Metrologia, . Estágio realizado Estágio Supervisionado.
1/2001 - 3/2001	Serviços técnicos especializados , Metrologia, . Serviço realizado Conhecimento e manutenção de aparelhos médico-hospitalares.
1/2001 - 3/2001	Treinamentos ministrados , Metrologia, . Treinamentos ministrados Treinamento em aparelhos médico-hospitalares em geral

Overlook Promoções e Eventos Ltda, OVERLOOK, Brasil.

Vínculo institucional

1998 - 1999 Vínculo: Servidor público ou celetista, Enquadramento Funcional: Supervisor de Marketing, Carga horária: 20

Outras informações Como supervisor desenvolvi atividades como: Coordenar promotores no ponto de vendas (Merchandising de degustação); Formatar e manter o controle da promoção; Coordenar as estratégias promocionais; Verificar e analisar as vendas com base nas estratégias estabelecidas; Implementar sistemas de controle de vendas;

S. E. S. Fls: 1911 6

Atividades

4/1998 - 4/1999 Direção e administração, .

Cargo ou função
Supervisor de Merchandising.

Universidade Federal de Uberlândia, UFU, Brasil.

Vínculo institucional

1999 - 2002 Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Monitor, Carga horária: 4, Regime: Dedicação exclusiva.

Outras informações Monitor de Eletromagnetismo até a atual data

Atividades

08/1999 - 08/2002 Extensão universitária , Centro de Ciências Exatas e Tecnologia, Faculdade de Engenharia Elétrica.

Atividade de extensão realizada
Monitor de Eletromagnetismo.

Áreas de atuação

1. Grande área: Engenharias / Área: Engenharia Biomédica / Subárea: Engenharia Médica/Especialidade: Instrumentação Odontológica e Médico-Hospitalar.

2. Grande área: Engenharias / Área: Engenharia Elétrica / Subárea: Circuitos Elétricos, Magnéticos e Eletrônicos/Especialidade: Circuitos Eletrônicos.

3. Grande área: Engenharias / Área: Engenharia Elétrica / Subárea: Medidas Elétricas, Magnéticas e Eletrônicas; Instrumentação/Especialidade: Instrumentação Eletrônica.

4. Grande área: Engenharias / Área: Engenharia Elétrica / Subárea: Medidas Elétricas, Magnéticas e Eletrônicas; Instrumentação/Especialidade: Sistemas Eletrônicos de Medida e de Controle.

5. Grande área: Engenharias / Área: Engenharia Elétrica / Subárea: Medidas Elétricas, Magnéticas e Eletrônicas; Instrumentação/Especialidade: Medidas Elétricas.

Idiomas

Inglês Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Espanhol Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Francês Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

Português Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Produções

Instituto GERIR
Fls. 237

Produção técnica

Produtos tecnológicos

1. ☆ **SOUZA, E. R.** . Braço Robótico. 2000.

TCE 1927

Eventos

S. E. S.
Fls: 1912
6
Rubrica

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica. 2006. (Congresso).

2. Congresso da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. Implantação e utilização de indicadores para o gerenciamento da manutenção hospitalar. 2005. (Congresso).

Instituto GERIR
Fls. 338

INTERMED®

TREINAMENTO & DESENVOLVIMENTO

ATESTADO

A **INTERMED Equipamento Médico Hospitalar Ltda.** atesta que o Engenheiro Eduardo Reche de Souza, participou do Programa de Treinamento realizado nas dependências da empresa na data de 27 de Abril de 2005, totalizando 08 horas e abordando os tópicos de Operação e Serviço dos produtos Inter® 3 Plus, Misty-3 e Microblender, a fim de atender à exigência constante na autorização nº. 2767/2004 – Pedido nº. 2192/2004-MAP – Custo 99.00.05.14-6 FBBHC

São Paulo, 27 de Abril de 2005.

3º Registro Civil e Tabelionato de Notas
Tia Conceição de A. Oliveira
Tabeliã
AUTENTICAÇÃO
089VC266204
AUTENTICAÇÃO
Confere com o Original

Lisa Iwata
Lisa Iwata
Coordenador Técnico

Jorge Bonassa
Diretor Industrial

Instituto GERIR
Fls. 239

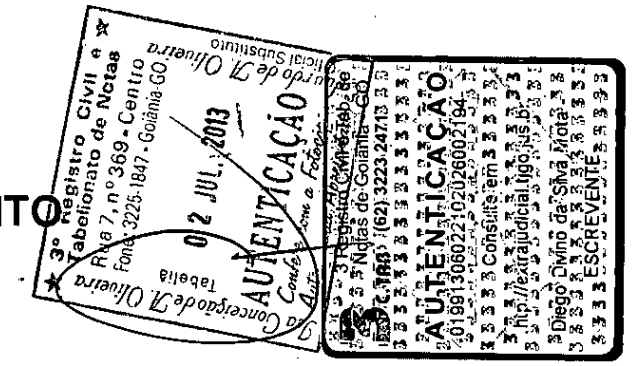
inter® 5 inter®3 misty 3 tracer 5 inter®3500 Linea A INTER PLUS VAPS INTER 5 PLUS INTER GMX INTER 3 PLUS INTER NEO

S. E. S. Fls. 1913

1928

INTERMED®
desde 1982

TREINAMENTO & DESENVOLVIMENTO



ATESTADO

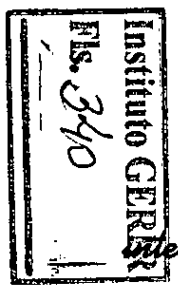
A **INTERMED Equipamento Médico Hospitalar Ltda.** atesta que o Engenheiro Eduardo Reche de Souza, participou do Programa de Treinamento realizado nas dependências da empresa na data de 27 de Abril de 2005, totalizando 08 horas e abordando os tópicos de Operação e Serviço dos produtos Inter® 3 Plus, Misty-3 e Microblender, a fim de atender à exigência constante na autorização nº. 2767/2004 – Pedido nº. 2192/2004-MAP – Custo 99.00.05.14-6 FBBHC

São Paulo, 27 de Abril de 2005.

Lisa Iwata

Lisa Iwata
Coordenador Técnico

Jorge Bonassa
Diretor Industrial

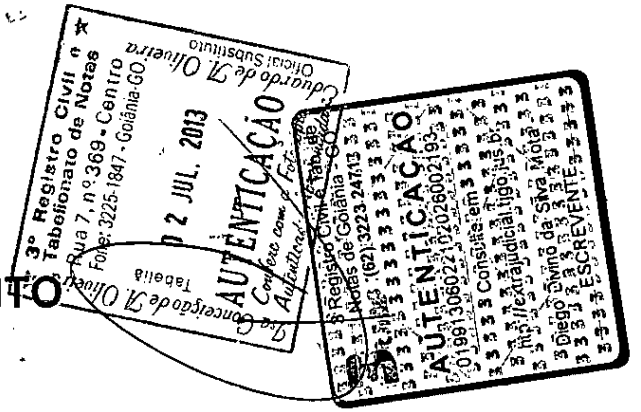


inter® 5 inter® 3 misty 3 tracer 5 inter® 3500 Linea A INTER PLUS VAPS® INTER S PLUS INTER CMX INTER 3 INTER NEO

1929

INTERMED®
desde 1982

TREINAMENTO & DESENVOLVIMENTO



ATESTADO

A **INTERMED Equipamento Médico Hospitalar Ltda.** atesta que o Engenheiro Eduardo Reche de Souza, participou do Programa de Treinamento realizado nas dependências da empresa na data de 27 de Abril de 2005, totalizando 08 horas e abordando os tópicos de Operação e Serviço dos produtos Inter® 3 Plus, Misty-3 e Microblender, a fim de atender à exigência constante na autorização nº. 2767/2004 – Pedido nº. 2192/2004-MAP – Custo 99.00.05.14-6 FBBHC

São Paulo, 27 de Abril de 2005.

Instituto GERIR
Fls. 841

Lisa Iwata

Lisa Iwata
Coordenador Técnico

Jorge Bonassa
Diretor Industrial

S. E. S. GO
Fls. 1915

inter® 5 inter® 3 misty 3 tracer 5 inter®3500 Linea A INTER PLUS VAPS INTER S PLUS INTER CMX INTER 3 PLUS INTER NEO

1930

INTERMED®
desde 1982

TREINAMENTO & DESENVOLVIMENTO

ATESTADO

A **INTERMED Equipamento Médico Hospitalar Ltda.** atesta que o Engenheiro Eduardo Reche de Souza, participou do Programa de Treinamento realizado nas dependências da empresa na data de 27 de Abril de 2005, totalizando 08 horas e abordando os tópicos de Operação e Serviço dos produtos Inter® 3 Plus, Misty-3 e Microblender, a fim de atender à exigência constante na autorização nº. 2767/2004 – Pedido nº. 2192/2004-MAP – Custo 99.00.05.14-6 FBBHC

São Paulo, 27 de Abril de 2005.

Lisa Iwata

Lisa Iwata
Coordenador Técnico

Jorge Bonassa
Diretor Industrial

3º Registro Civil e Tabelionato de Notas
Rua 7, nº 360
Fone: 3225-1847
Consulte a Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
07 FEV
0894266105
AUTENTICAÇÃO
Confere com o Original

Instituto GERIR
Fls. 212

inter® 5 inter®3 misty 3 tracer 5 inter®3500 Linea A INTER PLUS VAPS INTER 5 PLUS INTER GMX INTER 3 PLUS INTER NEO

1931

S. E. S.
Fls: 1917
6
RUBRICA

Declaração

IOE 1932

Declaramos para fins de comprovação que, **Dr. Luiz Fernando Martins**, Médico Neurocirurgião, é Diretor de Ensino e Pesquisa, sendo o Responsável Técnico pela Residência Médica e Residência Multiprofissional do Hospital de Urgências de Goiânia HUGO/GERIR, desde maio de 2012.

Declaramos ainda, que sempre foram demonstradas a eficiência e a credibilidade dos trabalhos apresentados e que os mesmos são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa.

Por ser verdade, firmamos a presente.

Diretoria de Recursos Humanos do Hospital de Urgências de Goiânia/GERIR, aos 22 dias do mês de novembro de 2013.

Adm. Vilma Soares da Silva
Diretora de Recursos Humanos
HUGO/GERIR

10 Tab.

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
Reconheço por SEMELHANÇA a(s) assinatura de
392881 VILMA SOARES DA SILVA
analoga a(s) de meu arquivo. Dou Fé.
Goiania/GO - 25/11/2013 14:53:54 - UJ - 27
Nr. Selo Eletronico: 020113110112290280154831
Em Testemunho de verdade
Marcelo Goiabeira Filho
10 Tab. Notas Goiania GO
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3765

Av. 31 de março, esq. C/5ª Radial, s/n Setor Pedro Ludovico – Goiânia/Goiás.

*Fone: (0**62) 3201-xxxx– 3201-xxxx*
E-mail: hugo.xxxxxx@gerir.org.br

Instituto GERIR
Fls. 343

TCE 1933

CURRICULUM VITAE

S. E. S.
Fls. 1918
Rubrica

DR MED LUIZ FERNANDO MARTINS
Nascido em 17.04.47, Cumari-Goiás
Filho de Enoque Martins Teixeira
Walda Costa Martins

FORMAÇÃO ESCOLAR:

Curso Primário:	Instituto Araguaia, Goiânia – Goiás	(1954-1958)
Curso Ginasial:	Colégio Estadual de Goiânia, Goiás	(1959-1962)
Curso Científico:	Colégio Estadual de Goiânia, Goiás	(1963-1964)
	Colégio Pré-Universidade, Goiânia, Goiás	(1965)
Curso Médico:	Faculdade de Medicina da UFGo, Goiânia	(1966-1971)
Residência Médica:	Klinikum Steglitz, Universidade de Berlim	(1972-1975)

AITIVIDADES UNIVERSITÁRIAS:

- Monitor de Histologia, Faculdade de Medicina da UFGo, Goiânia-Goiás (1966)
- Monitor de Neuroanatomia, Faculdade de Medicina e Cirurgia, Rio (1971)
- Estagiário de Neurocirurgia do Hospital da Lagoa, Rio de Janeiro (1971)
- Bolsista do Instituto de Neuropatologia, Klinikum Steglitz, Berlim (1972)
- Assistente da Clínica Neurocirurgia Klinikum Steglitz, Berlim (1973-1975)
- Estagiário da Clínica Radiológica, do Klinikum Steglitz, Berlim (1973-1974)
- Estagiário da Clínica Neurofisiológica, Klinikum Steglitz, Berlim (1975)
- Estagiário da Clínica Neurocirúrgica de Freiburg Alemanha (1974)
- Auxiliar de Ensino em Neurocirurgia da UFGo, Goiânia- Goiás (1975-1977)
- Bolsista do Instituto de Neuropatogia, Klinikum Steglitz, Berlim (1983)
- Convidado do Instituto de Neurocirurgia de Goettingen, Alemanha (1983)

TÍTULOS, CARGOS E FUNÇÕES:

- Doutor em Medicina, Universidade de Berlim, Alemanha (1974)
- Bolsista do Senado de Berlim (1972)
- Especialista em Neurocirurgia, Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (1976)
- Membro Extraordinário da Sociedade Alemã de Neurocirurgia (1976)
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (1978)
- Diretor Geral do Instituto de Neurologia de Goiânia, Goiás (1989-1990)
- Diretor Técnico do Instituto de Neurologia de Goiânia, Goiás (1998-1999)
- Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Estereotaxia (1982-1984)
- Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Estereotaxia (1998-2000)
- Presidente da Sociedade Brasileira de Estereotaxia (1984-1985)
- Presidente do Departamento de Neurociências de Goiás (1983-1984)

Instituto GERIR
Fls. 344

S. E. S.
Fls: 1919
6

- Membro-Fundador da Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (1984)
- Membro Titular da Academia Brasileira de Neurocirurgia (1984)
- Membro Titular Academia Brasileira de Neurologia (1984)
- Presidente do Centro de Orientação aos Excepcionais de Goiás(CORAE)(1984-1985)
- Diretor-Geral do Instituto de Neurologia de Goiânia (1989-1991)
- Comendador, Titulo outorgado pela Prefeitura de Anápolis, Goiás (1994)
- Membro da Comissão de Aperfeiçoamento da SBN (1992-1994)
- Cordenador de Ensino e Pesquisa do Inst. Neurologia de Goiânia (1992-1993)
- Personalidade Médica do Ano, jomal A Tribuna, Rio Verde-Goiás (1994)
- Neurocirurgião Revelação do ano, Pesquisa Foco, Goiânia-Goiás (1996)
- Presidente da Sociedade Brasileira de Estereotaxia (2000-2002)
- Membro Honorário da Sociedade Paraense de Neurocirurgia (2001)
- Membro Honorário da Santa Casa de Belo Horizonte (2001)
- Membro da Academia Goiana de Medicina (2004)
- Vice- Presidente da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (2002-2004)
- Diretor-Geral do Instituto de Neurologia de Goiânia (2003-2005)

CURSOS DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA:

- Temas sobre doenças vasculares periféricas, UFGo, outubro 69
- Hipertensão renovascular, UFGo, setembro 69
- Temas de Endocrinologia, UFGo setembro 69
- Temas sobre Antibioticoterapia, UFGo, novembro 69
- Temas de cirurgia do Aparelho digestivo, UFGo, outubro 69
- Medicina e Cirurgia de Urgência, UFGo, dezembro 70
- Acidentes por animais peçonhentos, UFGo, junho 69
- Fenômenos Parapsicológicos , abril 66
- Microneurocirurgia, Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, julho 70
- Métodos de cirurgia Estereotáxica, Universidade de Freiburg, Alemanha, agosto 74
- Atualização em Microneurocirurgia, Congresso da SBN, Belo Horizonte, 82
- Atualização em Neuroradiologia, Congresso da SBN, Belo Horizonte, 82
- Curso de Neurocirurgia funcional, Congresso da SBN, Belo Horizonte, 82
- Atualização em Neurocirurgia, congresso da SBN, Belo Horizonte, 82
- Curso de malformações arteriovenosas medulares, Congresso da SBN, B. Horizonte, 82

TRABALHOS PUBLICADOS:

- Histochemical changes in the spinal cord after acute poisoning with 6-aminonicotinamode
Acta Neuropath 25,220-27 (1973)
- Remarks about angiographic findings in cases of. pontine tumor
Neuroradiology 7,105-108 (1974)
- Klinisch-anatomischer Vergleich zwischen Laesionstopik und Schmerzverbesserung bei stereotaktischer Ausschaltung
Neurocirurgia 17,77-83 (1974)
- Prognose gutartiger Kleinhirn-und Himstammtumoren bei Kindem
Neurocirurgia 17,208-214 (1974)

Instituto GERIR
Fls. 345

S. E. S.
Fls: 1920
6
Rubrica

- Neurochirurgische Eingriffe im hoeheren Lebensalter
Zeitschrift fuer Gerontologie 3,226-233 (1975)
- Einfache Foramenbestimmung zur Trigeminusauschaltung
Neurocirurgia 18,163-166 (1975)
- Ultrastructure of. malignant Meningioma
Advances in Neurosurgery 2,12-22 (1975)
- Cerebral stereotaxic operations for pain
Advances in Neurosurgery 3,249-255 (1975)
- Advances and limits of. intracerebral pain stereotaxy
Advances in Stereotaxic and Functional Neurosurgery 24,235 (1977)
- Size and position of. stereotaxic lesions in comparison with clinical pain relief
Confinea neurológica 37,80-85 (1975)
- Dificuldades na instalação de um serviço de cirurgia da Epilepsia
Revista da liga Brasileira de Epilepsia
- Tratamento clínico da epilepsia resistente
Arq. Neuropsiquiat 46(4), 351-358 (1988)
- Lobectomia temporal no infarto cerebral com efeito de massa
Arq. Neuropsiquiat 51(1), 118-124 (1993)
- Síndrome de Sneddon
Arq. Neuropsiquiat 53(1), 82-87 (1995)
- Biópsia Estereotáxica dos tumores intracranianos
Tumores intracranianos, Siqueira e Novaes, Livraria Editora Santos, 1998
- Perspectivas no tratamento cirúrgico da doença de Parkinson
Doença de Parkinson, Menezes, 1997
- Malformação arteriovenosas dural do seio transverso-sigmoide causando neuralgia trigeminal
Arq. Bras Neurocir 18(1):51,54, 1999
- Subdural collections of infancy and setting sun sign may be asymptomatic and benign or symptomatic and agressive - Report of two cases
J Bras Neurocirurg 12(3): 149-153,2001

CONFERÊNCIAS PROFERIDAS:
- Ecoencefalografia: sua importância nos processos expansivos da fossa posterior
XII Congresso Brasileiro de cirurgia, Rio de Janeiro, julho 71
- Size and position of. Stereotaxic lesions in comparison with clinical relief
Internationaler Kongress fuer Stereotaxie, Tokyo-Japan, outubro 73
- Prognose gutartiger Kleinhim-und Himstammtumoren bei Kindern
I Internationaler Kongress fuer Neurochirurgie, Siofok-Ungarn, setembro 74
- Elektronenmikroskopische Untersuchungen bei malignen Neurinomen
Kongress der Deutschen Gesellschaft fuer Neurochirurgie, Bochum, setembro 74
- Einfache Foramenbestimmung der Trigeminusauschaltung
XXVI Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft fuer Neurochirurgie, Heidelberg, maio 75
- Cirurgia da Epilepsia
I Congresso de Cirurgia do Centro Oeste Brasileiro, Brasília novembro 75
- Comas neurológicos
Departamento de Anestesiologia de Goiás, Junho 76

Instituto GERIR
Fls. 346

S. E. S.
Fls: 1921
6
Rubrica

- Parkinsonismo

Faculdade de Medicina da UFGo, agosto 76

- Traumatismo cranioencefálico

Faculdade de Medicina da UFGo, agosto 76

- Simples determinação do forame oval á coagulação do trigêmeo

XI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Gramado, novembro 76

- Comparação anatomo-clinica entre localização da coagulação e alivio da dor

XI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Gramado, novembro 76

- Algias de interesse neurocirúrgico

III Curso de atualização em Neurocirurgia, Brasileira, agosto 78

- Cirurgia Estereotáxica no tratamento de epilepsia e distúrbios do comportamento

III Curso de atualização em Neurocirurgia, Brasília, agosto 78

- Tratamento estereotáxico dos distúrbios do comportamento na infância

II Reunião inter-regional de Neurocirurgia, Brasília, abril 78

- Psicocirurgia nos distúrbios do comportamento

Sociedade paranaense de ciências neurológicas, Curitiba, novembro 78

- Cirurgia Estereotáxica nos distúrbios de comportamento da infância

XII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Fortaleza, julho 78

- Mestástases intracranianas de gliomas: observações após cirurgia e irradiação

XII Congresso Brasileiro Neurocirurgia, Fortaleza, julho 78

- Controle neurofisiológico na termocoagulação do trigêmeo

XII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Fortaleza, julho 78

- Tratamento estereotáxico da epilepsia temporal

IV jornada de Neurologia e Neurocirurgia do Norte – Nordeste, João Pessoa, março 79

- Termocoagulação Estereotáxica da hipófise no Ca avançado

XIII Congresso brasileiro de Neurocirurgia, setembro 80

- Traumatismos cranioencefálicos

I Curso de Especialização em Ciências do esporte, Goiânia, setembro 80

- Hipofisectomia no tratamento do câncer

V Jornada de neurologia e Neurocirurgia do Norte-Nordeste, Belém, outubro 81

- A abordagem neurológica na infância e adolescência

Curso interdisciplinar de especialização em psiquiatra e psicologia da infância e adolescência, Belo Horizonte, novembro 81

- Crítica á Cirurgia Estereotáxica das Discinesias

VI Encontro de Neurocirurgia Rio de janeiro, abril 82

- Tratamento cirúrgico das epilepsia

II Encontro da liga Brasileira de Epilepsia, Goiânia, abril 82

- Cirurgias das Epilepsias

V Curso de atualização em Neurocirurgia, Brasília, julho 82

- Procedimentos terapêuticos orientados pela tomografia computadorizada: infiltração e drenagem

V Congresso da associação Médica de Goiás, Goiânia, setembro 83

- Perspectivas Neurocirúrgicas das discinesias com micro-eletrodos

VII Encontro de Neurocirúrgica, Fortaleza, abril 84

- Critérios de indicação e técnicas funcionais na Neurocirurgia, das Epilepsias parciais complexas

VII de Neurocirurgia, fortaleza, abril 84

Instituto GERIR
Fls. 347

S. E. S.
Fls: 1999
6
Rubrica

- Neurocirurgia Estereotáxica sedativa na agressividade: indicações e limitações
XV congresso Brasileiro de Neurocirurgia, São Paulo, julho 84
- Conduta na dor crônica
XI Congresso Brasileiro de Neurologia, Goiânia, setembro 84
- Determinação tridimensional e controle Neurofisiológico na biópsia Estereotáxica
XI Congresso Brasileiro de Neurologia, Goiânia, setembro 84
- Estado atual da cirurgia extrapiramidal
Curso de Pós-Graduação em Neurocirurgia, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, setembro 84
- As Fronteiras da dor
I Curso de Reciclagem em Medicina do Aparelho Locomotor, Uberaba, outubro 84
- Cirurgia do comportamento nos distúrbios da emotividade
IX Encontro Regional de Neurocirurgia, Goiânia, abril 85
- Estado atual da Estereotaxia na doença de Parkinson
XVII Congresso Brasileiro de cirurgia, Rio de Janeiro, julho 85
- Hematoma extradural traumático da fossa posterior
I Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Rio de Janeiro, setembro 85
- Ultra-sonografia intraoperatória em Neurocirurgia
I Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Rio de Janeiro, setembro 85
- Biopsia Estereotáxica en tumores cerebrales profundos
I Encuentro latino-americano de Neurocirujanos, Montevideo, setembro 85
- Biópsia cerebral Estereotáxica-indicações e perspectivas
XVI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Rio de Janeiro, agosto 86
- Tratamento da dor em oncologia
IV Jornada de Oncologia de São José do Rio Preto, outubro 86
- Tratamento cirúrgico da doença de Parkinson
Jornada de neurologia da Bahia, Salvador, novembro 86
- Tratamento cirúrgico das Epilepsias
I Encontro Norte-Nordeste de Epilepsia e Neurofisiologia Clínica, Fortaleza, maio 87
- Biópsia cerebral Estereotáxica
I Curso de educação continuada em Neurocirurgia da UERJ, Rio de Janeiro, agosto 87
- Ultrasonografia per-operatória no tratamento cirúrgico das Epilepsias
XXI Congresso Brasileiro de Radiologia, São Paulo, outubro 87
- Limitações no tratamento cirúrgico de gliomas
II Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Gramado, outubro 87
- Tratamento cirúrgico da agressividade
I Curso de educação continuada em Neurocirurgia funcional e Estereotaxia, S Paulo, dez 87
- Cirurgia da Epilepsia
II Jornada de Neurologia de Rondônia, Porto Velho, agosto 88
- Biópsia cerebral profunda
XVII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Brasília, setembro 88
- Tratamento das lesões infecciosas e parasitárias
XVII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Brasília, setembro 88
- Tratamento cirúrgico da epilepsia de difícil controle
XVII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Brasília, setembro 88
- Cirurgia das Epilepsias
Jornada de neurologia e Neurocirurgia, São José do Rio Preto, novembro 88

Instituto GERIR
Fls. 948

S. E. S.
Fls: 1923
Rubrica

- Cirurgia das Epilepsias

XIII Congresso Brasileiro de Neurologia, São Paulo, setembro 88
- Epilepsy Surgery: surgical treatment and results

International Course on pediatric neurosurgery, Rio de Janeiro, abril 89
- Epilepsia: formas de tratamento

I Congresso médico de Brasília, Brasília junho 89
- Biópsia Estereotáxica em tumores malignos do encéfalo

IV Jornada de Neurocirurgia da sociedade do Rio de Janeiro, Petrópolis, junho 89
- Cirurgia das Epilepsias

VIII Congresso da associação Médica de Goiás, Goiânia, setembro 89
- Callosotomy in mentally retarded patients with intractable Epilepsy: results in different seizure types

Congresso latino-americano de Neurocirurgia, Miami, 90
- Temporal lobectomy and tuber resection for control of. Complex partial seizure in tuberous sclerosis: report of. Two cases

Congresso latino-americano de Neurocirurgia, Miami, 90
- Biópsia Estereotáxica

IV Congresso Brasileiro de Educação Continuada em Neurocirurgia, Belo Horizonte, set 89
- Movimentos anormais

Curso de educação continuada, São Paulo, março 90
- Tratotomia bulbar, pontina e mesencefálica

Dor crônica, Santos, agosto 90
- Cirurgia das Epilepsias

I Congresso Médico de Anápolis, setembro 90
- Biópsia Estereotáxica

I Encontro Regional de Neurocirurgiões, Uberlândia, novembro 90
- Tratamento clínico das distonias

Simpósio sobre Distúrbios do Movimento, São Paulo, março 91
- Gliomas profundos

XIII Encontro inter-regional de Neurocirurgia, Florianópolis, abril 91
- Tratamento cirúrgico da epilepsia temporal

VI Congresso de atualização e educação continuada, Rio de Janeiro, maio 91
- Neuralgias faciais: diagnóstico diferencial e tratamento cirúrgico

XI Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Goiânia, jul. 91
- Diagnóstico por Biópsia cerebral

XXIX Aniversário do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, agosto 91
- Cirurgias das Epilepsias

II Encontro regional de Neurocirurgiões, São José do Rio Preto, novembro 91
- Tratamento cirúrgico da epilepsia

IV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Guarujá, novembro 91
- Condutas polêmicas em infarto cerebral

Simpósio Internacional Doenças vasculares cerebrais, Goiânia, novembro 91
- Tratamento cirúrgico da doença de Parkinson: procedimentos ablativos

XIX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, São Paulo, setembro 92
- Síndrome de Sneddon: doença vascular cerebral e livedo cerebral

XV Congresso Brasileiro de Neurologia, Porto Alegre, outubro 92

Instituto GERIR
Fls. 349

S. E. S.
Fls: 1924
6
Rubrica

- Biópsia Estereotáxica nos tumores cerebrais
VII Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia
VI jornada da Sociedade de Neurocirurgia do RJ, Rio de Janeiro, junho 93
- Tratamento Cirúrgico das Epilepsias
Fórum de Epilepsia, Goiânia, junho 93
- Seminário de cirurgia de epilepsia
Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, julho 93
- Analise inicial de cirurgia de Epilepsias
XIII Congresso Brasileiro de Neurofisiologia clínica
XX Reunião Anual da Liga Brasileira de Epilepsia, Belo Horizonte, outubro 93
- Levantamento epidemiológico de Epilepsias em um região urbana de Goiânia
Simpósio Internacional de Neurocirurgia, Belo Horizonte, setembro 93
- Protocolo das indicações da cirurgia de epilepsia
XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Belo Horizonte, setembro 94
- Cirurgia da epilepsia
XXXIX Congresso Médico de Londrina, outubro 94
- Dor por desaferentação: Cirurgia Estereotáxica
I Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional de dor São Paulo, dezembro 94
- Cirurgia na epilepsia
XV Encontro inter-regional de Neurocirurgia, São José do Rio Preto, abril 95
- Avaliação dos métodos de tratamento cirúrgico da doença de Parkinson
simpósio sobre Doença de Parkinson, Goiânia, abril 95
- Biópsia Estereotáxica dos tumores cerebrais
VII Congresso de atualização e Educação continuada em Neurocirurgia, São Paulo, jun. 95
- Cirurgia epilepsia
VI Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Fortaleza, setembro 95
- Politraumatismo
Universidade Federal de Goiás, Goiânia, setembro 95
- Cirurgia da Epilepsia
I Congresso Latino-americano de Neuropsicofarmacologia, Salvador, outubro 95
- Atual abordagem para o mal de Parkinson
VI Encontro Regional de Neurocirurgiões, Anápolis, outubro 95
- Biópsia Estereotáxica
Simpósio Internacional de Neurologia Intervencionista, Goiânia, novembro 95
- Tratamento cirúrgico da doença de Parkinson
Simpósio Internacional de Neurologia Intervencionista, Goiânia, novembro 95
- Tratamento neurocirúrgico das epilepsias
V Jornada Paraense de Neurocirurgia, Belém, dezembro 95
- Biópsia cerebral Estereotáxica
V Jornada Paraense de Neurocirurgia, Belém, dezembro 95
- Cirurgia dos distúrbios do comportamento
V Jornada Paraense de Neurocirurgia, Belém, dezembro 96
- Resultados de cirurgia extratemporal
VI Simpósio Paranaense de Epilepsia
III Curso Anual de Neurologia Clinica, Curitiba, fevereiro 96
- Cirurgia de epilepsia: ressecções extratemporais
- Movimentos anormais: tratamento cirúrgico do mal de Parkinson

Instituto GERIR
Fls. 350

XXI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Curitiba, setembro 96
- Epilepsia em vários aspectos cirúrgicos

Liga Brasileira de Epilepsia, Recife, novembro 96
- Cirurgia em epilepsia

Liga Brasileira de Epilepsia, Recife, novembro 96
- Epilepsias: perspectivas de tratamento clínico e cirúrgico

V Jornada médica de Catalão, Catalão 97
- Controvérsias Cirúrgicas na Doença de Parkinson

XVII Encontro inter-regional de Neurocirurgia, Belém, abril 97
- Doença de Parkinson

XVII Encontro inter-regional de Neurocirurgia, Belém, abril 97
- Controvérsias sobre cirurgias no mal de Parkinson

Associação Brasil Parkinson, São Paulo, abril 97
- Estado atual das cirurgias em epilepsia

Universidade de Alfenas, Alfenas, maio 97
- Estado de mal epiléptico

Sociedade de Terapia Intensiva do Estado de Goiás, Goiânia, maio 97
- Cirurgias das Epilepsias

I Curso de Educação Continuada em Neurocirurgia, São José do Rio Preto, julho 97
- Indicação de tratamento cirúrgico de epilepsias

Simpósio de Neuropsiquiatria na Infância e Adolescência, Goiânia, agosto 97
- Ressecções multilobares

VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Goiânia, setembro 97
- Procedimentos neurocirúrgicos

VII Congresso Nacional da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Goiânia, setembro 97
- Epilepsias: estado atual do tratamento neurocirúrgico
- Neurocirurgia funcional

VIII Congresso de atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, BH, outubro 97
- Aspectos cirúrgicos, técnicas e indicações das epilepsias

II Congresso da Sociedade Pernambucana de Neurocirurgia, Recife, novembro 97
- Nevralgias cranio-faciais

Simpósio sobre cefaléias, Goiânia, abril 98
- Nevralgia essencial do trigêmeo

XVIII Encontro Inter-regional de Neurocirurgia, Belo Horizonte, abril 98
- História do tratamento cirúrgico da dor em Goiás

Curso Internacional de atualização em dor, Goiânia, maio 98
- Análise de dois casos de epilepsia temporal basal-contribuição ao estudo das dissociações no procedimento visual

XXIII Reunião da Liga Brasileira de Epilepsia, Porto Alegre, junho 98
- Avaliação e bases para o tratamento cirúrgico das epilepsias

Universidade Federal do Sergipe, Aracaju, junho 98
- Alterações cognitivas após Lobectomia occipital parcial

XVIII Congresso Brasileiro de Neurologia, São Paulo, setembro 98
- Doença de Parkinson

XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Rio de Janeiro, setembro 98
- Procedimentos ablativos para o tratamento das afecções extrapiramidais

XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Rio de Janeiro, setembro 98

S. E. S.
Fls. 1925
6
Assinatura

Instituto GERIR
Fls. 351

- Cirurgia da epilepsia

VIII Semana Médica, Alfenas, outubro 98

- Hemisferectomia

VII Jornada Brasileira de Neurofisiologia Clínica, Goiânia, novembro 98

- Hemisferectomia no tratamento das epilepsias de difícil controle

II Workshop Internacional do Projeto Atlântico Sul de Esclerose Múltipla, Cuiabá, mar 99

- Tratamento Cirúrgico da epilepsia

II Workshop Internacional do Projeto Atlântico Sul de Esclerose Múltipla, Cuiabá, mar 99

- Estado atual das cirurgias do comportamento

II Workshop Internacional do Projeto Atlântico Sul de Esclerose Múltipla, Cuiabá, mar 99

- Epilepsia do lobo temporal

XIX Encontro Inter-regional de Neurocirurgia, Atibaia, abril 99

- Procedimentos neurocirúrgicos para o tratamento da dor

IV Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre Dor, São Paulo, junho 99

- Cirurgias das epilepsias e das psicopatias

IV Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre Dor, São Paulo, junho 99

- A criação de um serviço de cirurgia da epilepsia: A experiência de Goiânia

VII Simpósio sobre o Cérebro, Recife, julho 99

- Técnicas cirúrgicas em epilepsia

VII Simpósio Sobre o Cérebro, Recife, julho 99

- Hemisferectomia nas Epilepsias

XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, São Paulo, setembro 00

- Cirurgias psiquiátricas: técnicas cirúrgicas

VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria Biológica, Foz do Iguaçu, março 01

- Aspectos psiquiatricos das epilepsias

VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria Biológica, Foz do Iguaçu, março 01

- Perspectivas futuras da Radiocirurgia

I Congresso da Sociedade Goiana de Neurocirurgia, Goiânia-Go, maio 01

- Doença de Parkinson e Psicocirurgia

I Congresso da Sociedade Goiana de Neurocirurgia, Goiânia-Go, maio 01

- Radiocirurgia estereotaxia

V Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor, S Paulo, maio 01

- Cirurgias das anormalidades psicocomportamentais: momento atual

V Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor, S Paulo, maio 01

- Neurocirugia estereotactica y funcional

XVI Congreso Mexicano de Cirugia Neurologica, Mexico, julho 01

- Historico da Neurocirurgia funcional no Brasil

III Curso Micromar de Estereotaxia, São Paulo, ago 01

- Tratamento por Radiocirurgia estereotaxica em Malformações arteriovenosas

Simposio Internacional de Cirurgia Neurovascular, Niterói-RJ, ago 01

- Tratamento cirúrgico das epilepsias

XVII Congresso Brasileiro de Neurofisiologia Clinica, Recife, outubro 01

- Cirurgia dos transtornos do humor e ansiedade
- Radiocirurgia estereotaxica: indicações

IX Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Belém, outubro 01

- Epilepsias

Simpósio Neuropsicofarmacologia, Goiânia, novembro 01

S. E. S. Fls: 1926 Rubrica

Instituto GERIR Fls. 352

S. E. S.
Fls: 1927
6

- Radiocirurgia: indicações e controvérsias

I Jornada Paranaense de Neurocirurgia, Londrina, dezembro 01
- Radiocirurgia nos cavernomas

XXII Encontro Inter-regional de Neurocirurgia, Rio Quente-Go, abril 02
- Violência e o cérebro

II Fórum Nacional de Segurança Publica, Goiânia-Go, abril 02
- Cirurgia dos transtornos do humor e ansiedade
- Cirurgia da Epilepsia

VII Congresso da Sociedade de Neurocirurgia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, maio 02
- Tratamiento quirurgico de la epílepsia mesial temporal
- Radiocirugia en el tratamiento de los tumores de base de craneo
- Psicocirugia

I Reunion Conjunta de Neurocirugia Funcional, Buenos Aires, maio 02
- Radiocirurgia estereotaxica nas lesões tumorais

XXIV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Fortaleza-Ceara, setembro 02
- Radioterapia dos gliomas

XXIII Encontro Inter-Regional de Neurocirurgia, Porto Alegre, abril 03
- Seleção e princípios de tratamento dos doentes com anormalidades psicocomportamentais

VI Simbidor, São Paulo, maio 03
- Quando optar por Radiocirurgia?

VI Simbidor, São Paulo, maio 03
- Radiocirurgia estereotaxica no tratamento de metastases cerebrais

I Congresso Goiano de Neurologia, Goiânia, setembro 03
- Cirurgia dos distúrbios do comportamento

XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Goiânia, outubro 03
- Epilepsia: Tratamento cirurgico

6° Congresso Amil de Medicina, Rio de janeiro, outubro 03
- Tratamento cirúrgico dos distúrbios do comportamento

X Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Recife, novembro 03
- Tratamento cirúrgico da epilepsia do lobo temporal

XXIV Encontro Inter Regional de Neurocirurgia, Guarujá, abril 04
- Psychiatric Neurosurgery

XXXII Annual Meeting of Pediatric Neurosurgery, Buenos Aires, Agosto 04
- Panorama atual da Radiocirurgia e da Endovascular

XV Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central, Araçatuba-SP, novembro 04
- Cirurgia dos transtornos psicocomportamentais: Conceitos ético-legais

XXV Encontro Inter Regional de Neurocirurgia, Recife- Pe, abril 05

PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS (CONGRESSISTA/COORDENADOR):
- II Reunião Brasileira de Neuroradiologia, Rio de Janeiro, julho 69
- XII Congresso Brasileiro de Radiologia, Brasília, setembro 69
- VII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Brasília, julho 70

Instituto GERIR
Fls. 353

- XII Congresso Brasileiro de Cirurgia, Rio de Janeiro, julho 71
- International Symposium on the Pathology of. Cerebral Microcirculation, Berlim, set 73
- Congresso Internacional de Neurocirurgia, Tóquio-Japão, outubro 73
- XIXI Neurologischer Fortbildungskurs, Dusseldorf, maio 74
- I Congresso Internacional de Neurocirurgia, Syofok-Hungria, setembro 74
- XXV Congresso da Sociedade Alemã de Neurocirurgia, Bochum, setembro 74
- XXVI Congresso da Sociedade Alemã de Neurocirurgia, Heidelberg, maio 75
- XI Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Gramado, novembro 76
- II Reunião Interregional de Neurocirurgia, Brasília abril 78
- XII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Fortaleza, julho 78
- XIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Guarapari, setembro 80
- V Jornada de Neurologia e Neurocirurgia do Norte e Nordeste, Belém, outubro 81
- II International Congress on Microcirculation, Rio de Janeiro, outubro 81
- XIV Congresso da Sociedade Brasileira de Estereotaxia, Belo Horizonte, setembro 82
- I Simpósio da Sociedade Brasileira de Estereotaxia, São Paulo, janeiro 83
- Curso de Atualização em Doenças Neuromusculares, Goiânia, junho 83
- XI Congresso Brasileiro de Neurologia, Goiânia, setembro 84
- I Encuentro Latino-americano de Neurocirujanos, Montevideo, setembro 85
- I Curso de Educação Continuada do Centro-oeste, Goiânia, maio 87
- II Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Gramado, outubro 87
- Simpósio Neurológico de Neuroinfectologia, Goiânia, novembro 88
- IV Jornada de Neurocirurgia da Sociedade do Rio de Janeiro, Petrópolis, junho 89
- Simpósio Internacional de Doenças Vasculares Cerebrais, Goiânia, novembro 91
- Simpósio Internacional de Neurociências, Goiânia, novembro 93
- IV Encontro Regional de Neurocirurgióes, Ribeirão Preto, novembro 93
- XX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Belo Horizonte, setembro 94
- VII Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia , São Paulo, junho 95
- Simpósio Internacional de Neurologia Intervencionista, Goiânia, novembro 95
- VI Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Fortaleza, setembro 95
- Encontro da liga Brasileira de Epilepsia, Recife, setembro 96
- II Simpósio Internacional sobre Doença de Parkinson, Curitiba, agosto 97
- VIII Congresso de Atualização e Educação Continuada em Neurocirurgia, Belo Horizonte, out. 97
- XVIII Encontro Interregional de Neurocirurgia, Belo Horizonte, abril 98
- XLIX Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft fuer Neurochirurgie, Hannover, jun. 98
- XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Rio de Janeiro, setembro 98
- I Simpósio Internacional do Instituto de Ciências Neurológicas, São Paulo, setembro 98
- XIX Encontro Interregional de Neurocirurgia, Atibaia, abril 99
- VII Simpósio sobre o Cérebro da Universidade Federal, Recife, julho 99
- Secretário no XIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Guarapari, setembro 80
- Secretário no XIV Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, Belo Horizonte, setembro 82
- Moderador no VIII Encontro de Neurocirurgia, Fortaleza, abril 84
- Presidente de curso no XV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, São Paulo, julho 84
- Cordenador de mesa Redonda no II Simpósio Sociedade de Neurologia da Bahia, Salvador, novembro 86

Fls. 1928

Instituto GERIR
Fls. 954

S. E. S.
Fls: 1929
6
Rubrica
DE LICITAÇÕES

- Membro da Banca Examinadora do XVII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Brasília, setembro 88
- Moderador no International Course on Pediatric Neurosurgery, Rio de Janeiro, abril 89
- Presidente de mesa curso de Terapia Intensiva em Neurologia e Neurocirurgia, Goiânia, novembro 90
- Presidente de conferência Simpósio Internacional de Doenças Vasculares, Goiânia nov.91
- Presidente de Sessão no XIX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, São Paulo, set 92
- Coordenador de Curso no XIX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, São Paulo set 92
- Debatedor no Fórum de Epilepsia, Goiânia, junho 93
- Presidente de conferência Simpósio Internacional de Neurociências, Goiânia, nov. 93
- Presidente de conferência Simpósio Internacional de Neurociências, novembro 93
- Moderador XVII Curso de Educação Continuada em Neurocirurgia, Ribeirão Preto, abril 94
- Presidente de mesa VI Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, set. 95
- Organizador de curso XXII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia, Rio de Janeiro, setembro 98
- Organizador do I Curso de Neurooncologia, São Paulo, junho 99
- Coordenador de mesa do IV Simbidor Internacional, São Paulo, junho 99
- Presidente do Seminário de Almoço sobre Radiocirurgia do XXIII congresso Brasileiro de Neurocirurgia, São Paulo, setembro 02
- Presidente da Conferencia sobre Travessia histórica pelo tratamento dos aneurismas intracranianos, XXII Encontro Inter-regional de Neurocirurgia, Rio Quente-Go, abril 02
- Coordenador do Simposio sobre Atualização no tratamento de Lesões de Nervos, Goiânia-Go, julho 02
- Congressista do VII Congresso da Sociedade de Neurocirurgia do Rio de Janeiro, Rio, maio 02
- Participação no I programa de Educação Continuada em Doença de Parkinson, Brasília, abril 02
- Congressista do LII Jahrestagung der Deutschen Gesselschaft fuer Neurochirurgie, Bielefeld-Alemanha, maio 01
- Coordenador do Simpósio de Epilepsias do XI Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central, Rio Preto-SP, dezembro 01
- Comissão cientifica do IX Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Belém-Para, outubro 01
- Simpósio Neurovascular: as relações coração/cérebro, Goiânia, agosto 02
- VII International Congress of Parkinson Disease, Miami-Florida (USA), novembro 02
- III Jornada dos Ex-residentes do Hospital Araújo Jorge, Goiânia, outubro 02
- III Jornada Cientifica FJN/IGR, Goiânia, fevereiro 03
- I Congresso Interdisciplinar de Dor, São Paulo, abril 03
- XXIII Encontro Inter_regional de Neurocirurgia, Porto Alegre, abril 03
- IV Curso Micromar de Estereotaxia e Neurocirurgia Funcional, São Paulo, agosto 03
- X Congresso da Academia Brasileira de Neurocirurgia, Recife-Pe, novembro 03
- XXIV Encontro Inter regional de Neurocirurgia, Guarujá-SP, abril 04
- Simpósio :Tratamento baseado em neurocircuitos em Neuropsiquiatria, São Paulo, ago 04
- XXV Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, Goiânia-Go, setembro 04
- XXI Congresso Brasileiro de Neurologia, Brasília-DF, outubro 04

Instituto GERIR
Fls.

- XV Congresso de Neurocirurgiões do Brasil Central, Araçatuba-SP, novembro 04

S. E. S.
Fls: 1930
6
Rubrica
DE LICITAÇÃO

Luiz Fernando Martins (Dr. med)

Dr. Luiz Fernando Martins
Neurologista
CRM-GO 1166

Instituto GERIR
Fls. 356

Dr. J. Puig Serra
PATOLOGISTA
PROF. TITULAR DO I. C. B.
DA U. F. Go.

RUA 102-A N.º 9 - S. SUL
GOIÂNIA - GOIÁS
FONE 8-4569

S. E. S.
Fls: 1931
6
Rubrica

TCE 1946

Declaro que o Sr.Luiz Fernando Martins foi aluno meu durante o periodo de 1º Janeiro a 15 Dezembro 1966,tendo tambem nesse periodo trabalhado no Laboratorio da Cadeira de Histologia da Faculdade de Medicina da U.F.Go.demostrando grande aptidão,interesse no trabalho e conducta exemplar.

Goiania,30-Agosto-1971

J. Puig Serra

Chefe do Departamento de Histologia
do I.C.B. da U.F.Go.

O. A. PALHO
TRADUTOR JURAMENTADO
AV. ALTE. TAMANDARÉ 00 - S/905
FONE 222-5967
RECONHECIDO EM CARTÓRIO
MEDIANTE O Nº 107102/9/71
Art. 17 Lei nº 4.864 Dec. 18.009

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INSTITUTO NEUROLOGIA DE GYN. ESTEVAN
Certifico que a fotocopia confere com o documento apresentado
Goiania/GO - 29/11/2013 - 11:24:40 - 11:24:47
NR. SELO ELETRÔNICO: 0201131121143502600919
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3765
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 357

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
HOSPITAL DA LAGOA

TCE 1947

S. E. S. Fls. 1932

C E R T I F I C A D O

Certifico que o Sr. LUIZ FERNANDO MARTINS, doutorando de Medicina, freqüentou com assiduidade e proveito o Serviço de Neurocirurgia do Hospital da Lagoa, sob minha Chefia, durante o anó de 1971, como estagiário de tempo exclusivo na Especialidade, realizando exames de pacientes, auxiliando nas intervenções cirúrgicas, assistindo e cuidando do tratamento pós-operatório.

Rio de Janeiro, 20 de novembro de 1971.

Dr. Renato Tavares Barbosa
Chefe do Serviço de Neurocirurgia do Hospital da Lagoa

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST. NEUROLOGIA DE GYN. ESTEVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO, 29/11/2013 11:24:41 - O.S. 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 0201131121143502600919 8
Em testemunho
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO Marta Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 358

nf.

TCE 1948

FEDERAÇÃO DAS ESCOLAS FEDERAIS ISOLADAS DO ESTADO DA GUANABARA
INSTITUTO BIOMÉDICO

T. C. E.
Fls. 1933
6
Rubrica

Declaro que o Dr. LUIZ FERNANDO MARTINS exerceu as funções de Monitor Estagiário da Disciplina de Anatomia durante o ano de 1971, prestando sua maior atividade à neuroanatomia , sempre demonstrando muito interêsse, competência e real aproveitamento durante todo seu desempenho.

Rio de Janeiro, 1o de outubro de 1972.

Jair Pereira Ramalho- Prof. Regente.

Jair Pereira Ramalho –

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST. NEUROLOGIA DE GYN./ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO, 29/11/2013 | 12:40:10 | 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02013111211435026009194
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Marcia Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 359

Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz

BERLIN

TOE 1949

S. E. S.
Fls. 1934
6

Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz, 1 Berlin 30, An der Urania 12

GeschZ.: III A 5 –
(Bei Antwort bitte angeben)

1 Berlin 30
An der Urania 12
Fernruf: 2 12 21
Durchwahl: 21 22
Innenbetrieb: 979
App.: 638
Zimmer: 155

Berlin, den 21.5.1973

B e s c h e i n i g u n g

zur Vorlage bei der Brasilianischen Universität

Herr Dr. Luiz F. MARTINS geb. am 17.4.1947,
in Comari - Goias/Brasil, ~~wurde~~ seit dem 1.3.1972 im Rahmen
~~des Aus- und Fortbildungsprogramms~~ / der Partnerschaftshilfe für
Entwicklungsländer als Arzt zur Fortbildung
im Klinikum Steglitz der FU Bln. beschäftigt.

~~Der monatliche Unterhaltszuschuß / die monatliche Vergütung~~
~~beträgt: 1260,– DM brutto.~~

Das Vertragsverhältnis endet ~~voraussichtlich~~ am 31.12.1972.

Im Auftrage

Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz Berlin

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST NEUROLOGIA DE GYN ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:33 - U - 47
NR SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009164
CARTÓRIO
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-2777 / 3526-2788
Goiânia - GO
Instituto GERIR
Fls. 360

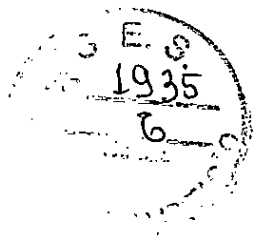
Sprechzeiten: Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag von 8.30 bis 14.00 Uhr

KLINIKUM STEGLITZ
DER FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN

Institut für Neuropathologie
Direktor: Prof. Dr. J. Cervós-Navarro

KLINIKUM STEGLITZ, 1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30

Berlin-Lichterfelde, den ....28..11..1974
1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30
Ruf: 798 2339..... (Durchwahl)
Innenbetrieb:
Senat: 99294
FU: 94
Telex: 184873 uklin
CN/Eck.



TOE 1950

Z E U G N I S

Herr Dr.med. Luiz Fernando M a r t i n s , geb. 17.4.47, hat während seiner Ausbildung in der Neurochirurgie zunächst vom 28.1.1972 bis zum 31.12.1972 im Institut für Neuropathologie unter meiner Leitung gearbeitet.
Herr Martins hat sich in der genannten Zeit sehr intensiv, sowohl mit bioptischem Material wie auch mit Sektionsmaterial befaßt und sich aktiv an der Routinediagnostik beteiligt.
Er hat sich vornehmlich mit der experimentellen Neurochirurgie, wobei ihm operatives Geschick und die Kenntnisse der Neurochirurgie besonders vorteilhaft zu Hilfe kamen, der Pathologie der Hirntumoren, Gefäßmißbildungen und vaskulären Störungen des Gehirns und Rückenmarks beschäftigt.

Die Doktorarbeit über das Thema "Intrakranielle Metastasierung maligner Astroblastome - Beobachtung nach operativen Eingriffen und Bestrahlung" zeigt, daß Herr Martins versteht, wissenschaftliche Themen selbstständig und klar zu erarbeiten, die Literatur eingehend und kritisch darzustellen. Er hat aus diesem Grunde auch an den wissenschaftlichen Projekten unseres Institutes regen Anteil genommen. Als Ergebnis dieser Tätigkeit entstand die Arbeit: "Histochemical changes in the spinal cord after acute poisoning with 6-AN." Acta Neuropathologica (Berlin), 1973.
Die ergiebige wissenschaftliche Tätigkeit von Herrn Martins in

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST NEUROLOGIA DE GYN / ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:40 - U: 47
NR. SELO ELETRÔNICO - 02011311211435026009196
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO Maria Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 361

TCE 1951
S. E. S.
Fls. 1936
6

unserem Institut ist anhand des Obengesagten deutlich zu erkennen.

Die Einsatzfreudigkeit, die Kooperationsbereitschaft sowie der Sachverstand und das kritische Urteilsvermögen haben Herrn Martins zu einem vollwertigen und auch selbstständig arbeitenden Mitarbeiter gemacht. Herr Martins hat jederzeit alle ihm übertragenen Arbeiten voller Freude, Einsatzbereitschaft und mit großem Elan durchgeführt.

Prof.Dr. J. Cervós-Navarro

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST. NEUROLOGIA DE GYN. ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO, 29/11/2013 11:24:41 - 0,47
NR. SELO ELETRÔNICO: 0201131121143502600919?
Em testemunho
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 362

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE

Der Schriftführer

TCE 1952

S. E. S.
Fls. 1937
6

Neurochirurgische Klinik der
Medizinischen Hochschule Hannover
3 - H a n n o v e r - 61
Karl-Wiechert-Allee 9
Postfach 610180

Senhor Doctor
Luiz Fernando MARTINS

Rua 96 n°.317 Setor Sul
74.000 Goiânia / Goiás
-Brasilien-

Hannover, den 27. Oktober 1975
D/a

Sehr geehrter Herr Kollege,

ich habe die Freude Ihnen mitteilen zu können, daß Sie gemäß Beschluß des erweiterten Vorstandes vom 30.4.1975 und nach Bekanntgabe in der Mitgliederversammlung als außerordentliches ~~xxxxxxxxxxxxxx~~ Mitglied in die Gesellschaft für Neurochirurgie aufgenommen worden sind.

Ich nehme an, daß Sie über die Bedingungen der Mitgliedschaft orientiert und Ihnen Ihre Rechte und Pflichten als Mitglied unserer Gesellschaft bekannt sind. Auf Anforderung steht Ihnen gerne ein Exemplar der Satzung und Geschäftsordnung unserer Gesellschaft sowie ein Mitgliederverzeichnis zur Verfügung.

Mit allen guten Wünschen und freundlichen Grüßen bin ich

mit den besten kollegialen Empfehlungen

(Prof.Dr.med. H. Dietz)

Instituto GERIR
Fls. 363

1º Tab. Notas
Goiânia - GO
Marita Teixeira Rodrigues da Cunha

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST. NEUROLOGIA DE GYN. ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013, 11:24:33 - UF: 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009165
Em testemunho
Marita Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

KLINIKUM STEGLITZ
DER FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN
Neurochirurgische Klinik und Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. Umbach

KLINIKUM STEGLITZ, 1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30

Berlin-Lichterfelde, den .....
1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30
Ruf: 798 ..... (Durchwahl)
Innenbetrieb:
Senat: 998
FU: 114
Telex: 184 873 uklin

TOE 1953

S. E. S.
Fls. 1938
6
Fabrica

Z e u g n i s

Herr Dr. L.F. MARTINS, geb. 17.4.1947, war vom 1.1.1973 bis 3o.4.1975 in meiner Klinik als Wissenschaftlicher Assistent tätig. Er hatte bereits eine gute chirurgisch-neurochirurgische Vorbildung in seiner Heimat. Er war 1 Jahr als Stipendiat an der hiesigen neuropathologischen Abteilung praktisch und wissenschaftlich in der benachbarten Disziplin tätig. In meiner Klinik wurde er in den gesamten Ausbil - dungs- und Dienstbetrieb schrittweise eingeführt und mit allen Tätigkeiten auf dem neurochirurgisch- neurologischen Sektor vertraut gemacht. Er erweiterte seine Kenntnisse in der Diagnostik z.T. in der poliklinischen Ambulanz, vor allem auch in den apparativ-technischen Diagnostikmethoden wie Arteriographie, Encephalographie, Myelographie, Echoencephalographie, Elektroencephalographie. Neben einem abgerundeten Wissen und einer sehr guten Technik bei den diagnostischen Methoden hat er während des Dienstbetriebes, während der Nacht- und Bereitschaftsdienste und im Rahmen des 1.Hilfe-Einsatzes offene und geschlossene Schädel-Hirnverletzungen, Blutungen und Mehrfachverletzungen kennengelernt und die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen für diese Notfälle sowohl wie die Intensivtherapie der Frischoperierten auf der sogenannten Intensivstation unter gleichzeitiger Ausbildung durch Anaesthesisten erlernt. Er wurde zum selbständigen Operieren angeleitet und überwacht. Er zeigte hier frühzeitig außergewöhnlich gute, sorgfältige

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE INST NEUROLOGIA DE GYN ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:37 - U: 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009181
Em testemunho da verdade
Manita Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO

Instituto GERIR
Fls. 364

TOE 1954

S. E. S. 1939

und selbstkritische Leistungen, so daß wir ihm auch in trakranielle und intraspinale raumfordernde Prozesse zum Teil und auch völlig selbständig zur Operation überlassen konnten.

Sein besonderes Augenmerk hatten von Anfang an die Methode der stereotaktischen Hirnoperationen. Er hat hier neben der praktischen Durchführung derartiger Eingriffe, neben den elektrophysiologischen Kontrollen und den besonderen Bestimmungsmethoden der verschiedenen Zielpunkte für die unterschiedlichen Indikationen dieses Verfahrens auch Langzeitkontrollen des klinischen Verlaufes und nicht zuletzt Kontrollen auf dem neuropathologischen Sektor durchgeführt. Die Kontrolle des exakten Ausschaltungssitzes und der Ausschaltungsgröße wurde von ihm an Hand einer neuentwickelten wissenschaftlichen Methode in der dreidimensionalen Bestimmungsgröße selbständig entwickelt. Herr Dr. Martins hat den relativ beschränkten Zeitraum von knapp 2 1/2 Jahren außergewöhnlich gut und fleißig genutzt. Er ist in vieler Hinsicht als ausgebildeter Neurochirurg zu betrachten.

Neben seiner lobenswerten klinischen Tätigkeit, seinem nimmermüden Einsatz, seiner außergewöhnlich guten Kooperation mit Assistenten, Mitarbeitern und Patienten ist seine wissenschaftliche Tätigkeit besonders hervorzuheben. Mit außerordentlicher Gewissenhaftigkeit, einem vorbildlichen Fleiß und einer besonderen Befähigung für die Darstellung wissenschaftlicher und praktischer Fragen wie Methoden auf dem Gebiet der offenen und der stereotaktischen neurochirurgischen Eingriffe hat er in kurzer Zeit beachtliche und lobenswerte Veröffentlichungen zum Teil allein, zum Teil mit anderen Mitarbeitern und mir publiziert.

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST. NEUROLOGIA DE GYN. ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO, 29/11/2013 11:24:37 - U.S.: 4
NR. SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009182
Merita Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 9 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Merita Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 265

TOE 1955

S. E. S.
Fls: 1940

Er ist in dieser Hinsicht mehr als die meisten anderen Mitarbeiter befähigt und auch willens über den klinischen Arbeitsanfall hinaus sich selbständig und produktiv in wissenschaftlichen Problemen und deren Lösungen zu engagieren.

Herr Dr. Martins verläßt unsere Klinik, um in sein Heimatland zurückzukehren. Wir bedauern seinen vorzeitigen Weggang; denn wir verlieren in ihm einen talentierten kooperativen Mitarbeiter.
Für den weiteren Lebensweg wünschen wir Herrn Dr.Martins alles Gute !

Prof. Dr. Umbach
Klinikum Steglitz
der Freien Universität Berlin
Neurochirurg. Klinik - Poliklinik
1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30
Tel.: 7 98 -1

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST NEUROLOGIA DE GYN. ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/1/2013 - 1:24:38 - U.: 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02013113121143502600918
VALDIR TEIXEIRA NETO
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Maria Terezinha Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 366

KLINIKUM STEGLITZ
DER FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN
Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin
(WE 03/10)

KLINIKUM STEGLITZ, 1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30

Berlin-Lichterfelde, den 14. 11. 74
1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30
Ruf: 798 ..... **(Durchwahl)**
Innenbetrieb:
Senat: 99294
FU: 94
Telex: 184873 uklin

S. E. S.
Fls: 1941
Rubrica

TOE 1956

B e s c h e i n i g u n g

Herr Dr. L. F. Martins war vom 1. 10. 73 bis 31. 1. 74 in der Neuroradiologie tätig.
In dieser Zeit hat Herr Dr. Martins an den verschiedenen Routineuntersuchungen teilgenommen und mehrere dieser Untersuchungen selbst ausgeführt. Gleichzeitig war er an einigen wissenschaftlichen Projekten (einige von diesen sind noch in Bearbeitung) beteiligt.

Herr Dr. Martins ist ein sehr begabter und an der Neuroradiologie interessierter Kollege.

Wir wünschen ihm für die Zukunft viel Erfolg.

Prof. Dr. G.B. Bradac

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST NEUROLOGIA DE GYN / ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO, 29/11/2013 - 12:43:36 - 1 - 4
NR. SELO ELETRÔNICO: 0201131121143502600917 8
Em Testemunho
Marta Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Marta Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 367

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

FU | **BERLIN**

Fachbereich
Klinikum Steglitz (FB 2)
Neurochirurgische/Neurologische Klinik und Poliklinik (WE 8)
Abteilung für Neurochirurgie

Freie Universität Berlin,
Klinikum Steglitz; 1000 Berlin 45, Hindenburgdamm 30

Telefon/Durchwahl: (030) 798 .....
intern: FU 94
Senat 99294
Telex: 184873 uklin

S. E. S.
Fls: 1942
6
Rubrica
DE LICITAÇÃO

TCE 1957

Ihr Zeichen | Ihre Nachricht vom | Unser Zeichen Dr.Th./Pf. | Datum 2.5.1975

Z E U G N I S

Herr Dr. med. Luiz Fernando Martins, geb. 17.4.1947, hospitierte vom 1.Januar 1975 bis zum 30. April 1975 in der Abteilung für klinische Neurophysiologie am Klinikum Steglitz.

Herr Dr. Martins hat in dieser Zeit 500 EEG's selbständig befundet und darüber hinaus im Rahmen seiner Ausbildung der Auswertung von weiteren 300 EEG's beigewohnt. Er hat selber EEG's abgeleitet und ist mit der Ableittechnik vertraut. Das Kurvenmaterial unserer Abteilung besteht aus stationären und poliklinischen EEG's eines großen Universitätskrankenhauses mit neurologisch-neurochirurgischen Abteilungen neben dem üblichen konservativen und operativen Fächern. Herr Dr. Martins ist daher mit EEG-Fragestellungen und Befunden aus den verschiedensten Gebieten der Medizin vertraut. Er hat sich gute Kenntnisse bei der Auswertung der Kurven erworben.

(Dr. Barbara Thiele)
Mitglied der Deutschen EEG-Gesellschaft

Neurochirurgische Klinik u. Poliklinik
der Freien Universität Berlin
Direktor Prof. Dr. W. Umbach
1 Berlin 45
Hindenburgdamm 30
Klinikum Steglitz

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST NEUROLOGIA DE GYN ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO, 29/11/2013 11:24:38 - U - 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009184
CARTÓRIO
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO

Instituto GERIR
Fls. 368

Neurochirurgische Klinik
der Universität Freiburg
Direktor: Prof. Dr. T. Riechert

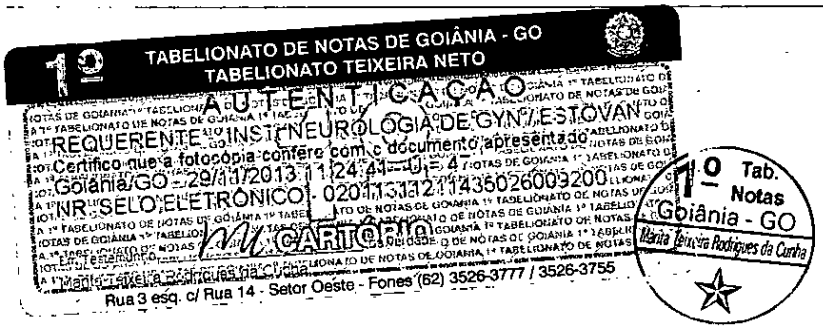
78 Freiburg im Breisgau, den Hugstetter Straße 55
Telefon (0761) 2011 bei Durchwahl 201/ 20.8.1974

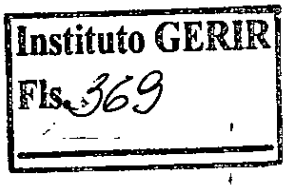
TOE 1958

Dienstbescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, daß Herr Dr. med. Luiz Fernando M a r t i n s, in der Zeit vom 10.8. - 20.8.1974 an meiner Klinik als Hospitant tätig war.

Prof. T. Riechert





TÍTULO DE ESPECIALISTA

EM

NEUROCIRURGIA

conferido pela

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA

Dr. Luiz Fernando Martins

Fortaleza, 4 de janeiro de 1977

Presidente da AMB

Presidente da SBN

Secretário Geral da AMB

Secretário Geral da SBN

1959

1944

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA-GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INSTITUTO NEUROLOGIA DE GOIÁS
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado.
Goiânia, GO, 29/11/2013 11:24:43 - 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 020113112114350260052O
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

V e r t r a g

TOE 1960

Zwischen

dem Land Berlin, vertreten durch den Senator für Gesundheit, Soziales und Familie,
und
Herrn/~~Frau~~ Dr. Luiz Fernando MARTINS,
geboren am 17.04.1947 in Cumari/Goiás,

wird folgender Arbeitsvertrag geschlossen:

§ 1

Beginn und Beendigung der Ausbildung (Fortbildung)

(1) Herr/~~Frau~~ Dr. Martins wird vom 19. Sept. 1983 an bis zum 29. Februar 1984 zur Aus- und Fortbildung auf auf dem Gebiet der Neuropathologie beschäftigt. Das Arbeitsverhältnis endet am 29. Februar 1984, ohne daß es einer Kündigung bedarf.

(2) Herr/~~Frau~~ Dr. Martins kann das Arbeitsverhältnis zwischenzeitlich auch unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 14 Tagen lösen.

(3) Während des bestehenden Arbeitsverhältnisses ist sonst nur eine Kündigung aus wichtigem Grunde nach § 626 BGB zulässig.

§ 2

Ausbildung (Fortbildung)

(1) Die Ausbildung umfaßt

~~a) eine sprachliche Ausbildung für die Zeit von etwa 2 Monaten und~~

b) eine praktische Ausbildung (Fortbildung) auf dem Gebiet der Neuropathologie.

(2) Die einzelnen Ausbildungsstationen, die alle in Krankenanstalten der Verwaltungen des Landes Berlin liegen, werden vom Ausbildungsleiter je nach dem Stande der Ausbildung festgesetzt.

(3) Als Ausbildungsleiter(~~in~~) ist Herr/~~Frau~~ Prof. Lemos-Navarro (Klinikum-Steglitz FU-Berlin) eingesetzt, der/~~die~~ zugleich verpflichtet ist, Herrn/~~Frau~~ Dr. Martins hinsichtlich seiner/~~ihrer~~ Ansprüche aus diesem Ausbildungsverhältnis zu beraten und gegebenenfalls an die Personalstelle zu verweisen.

(4) Das Land Berlin verpflichtet sich, die in Abs. 1 genannten Fertigkeiten und Kenntnisse zu vermitteln, übernimmt jedoch keine Garantie dafür, daß die Ausbildung erfolgreich beendet wird.

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INSTITUTO NEUROLOGIA DE GYNESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado.
Goiânia/GO: 29/11/2013 11:24:34 - U: 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009169
Em testemunho da verdade
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 371

(5) Herr/~~Frau~~ Dr. Martins ist während der Ausbildung verpflichtet, die zu ~~ihrer~~/seiner praktischen Ausbildung erforderlichen Arbeiten zu verrichten, wird jedoch nicht als volle Arbeitskraft im Land Berlin verwendet. Bei der Beschäftigung muß der Ausbildungszweck im Vordergrund stehen. Er/~~Sie~~ darf in seiner/~~ihrer~~ Tätigkeit keine für das Land Berlin notwendige Arbeitskraft ersetzen und nicht dauernd für die Verwaltung erforderliche Arbeit leisten. Wird hiergegen verstoßen, ist er/~~sie~~ berechtigt, dies dem Ausbildungsleiter mitzuteilen, der für die unverzügliche Änderung des Einsatzes zu sorgen hat.

(6) Die Ausübung von Nebentätigkeiten während der Fortbildung ist nicht zulässig.

§ 3
Unterhaltszuschuß

Für die Dauer der Ausbildung (Fortbildung) wird ein Unterhaltszuschuß von DM 1.535,-- monatlich brutto gewährt, der am 16. eines Monats für den laufenden Kalendermonat ausgezahlt wird. Über den Nettobetrag wird bei der Auszahlung ein Gehaltsstreifen ausgehändigt, aus dem die gesetzlichen Abzüge ersichtlich sind.

Besteht der Anspruch auf den Unterhaltszuschuß nicht für den ganzen Monat, so ist in diesem Monat für jeden Tag, für den der Anspruch besteht, 1/30 des Unterhaltszuschusses zu zahlen.

Neben dem Unterhaltszuschuß werden sonstige Zuschläge oder Zulagen nicht gewährt.

§ 4
Ärztliche Untersuchungen

(1) Vor der Einstellung werden Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit durch einen vom Land Berlin bestimmten Arzt festgestellt.

(2) Auch während der Dauer des Ausbildungsverhältnisses ist das Land Berlin zur Untersuchung durch einen von ihm bestimmten Arzt berechtigt, wenn besondere Gründe hierfür vorliegen.

(3) Eine weitere Untersuchung wird bei Beendigung des Ausbildungsverhältnisses durchgeführt. Wird der Aufforderung zu dieser Untersuchung nicht gefolgt, werden etwaige Schadensersatzansprüche abgelehnt.

(4) Die Kosten der Untersuchung trägt das Land Berlin.

§ 5
Arbeitszeit

Die tägliche Arbeitszeit wird in der Krankenanstalt geregelt.

1º Tab. Notas Goiânia - GO Maria Ivone Rodrigues Curado

AUTENTICAÇÃO
TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
REQUERENTE: INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE GYN/ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:35 - (): 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 0201131112114350260091701
Em testemunho
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

TCE 1961

§ 6

Urlaub

In jedem Urlaubsjahr (Kalenderjahr) wird Erholungsurlaub nach den gesetzlichen Vorschriften gewährt (18 Arbeitstage im Kalenderjahr).

§ 7

Fortzahlung des Unterhaltszuschusses bei Krankheit und Gewährung einer Beihilfe nach Aussteuerung

(1) Im Falle der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, die unverzüglich dem Ausbildungsleiter anzuzeigen ist, wird der Unterhaltszuschuß bis zur Dauer von längstens 6 Wochen, jedoch nicht über das Arbeitsverhältnis hinaus, gezahlt. Beruht die Arbeitsunfähigkeit auf einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, verlängert sich diese Frist bis zur Dauer von 12 Wochen.

(2) Besteht die Arbeitsunfähigkeit über die in Absatz 1 genannten Fristen hinaus fort, wird für die weitere Dauer der Erkrankung, jedoch nicht über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses hinaus, Krankengeld von der Krankenkasse gewährt. Es wird auf einen etwaigen Unterhaltszuschußanspruch in dieser Zeit angerechnet.

§ 8

Sozialversicherung

(1) Es besteht Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung (Kranken-, Arbeitslosen- und Angestelltenrentenversicherung).

(2) Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses kann ein Antrag auf Erstattung der geleisteten Beiträge zur Angestelltenversicherung an die BfA, Ruhrstraße 2, 1000 Berlin 31, gestellt werden, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind.

§ 9

Geheimhaltung

Über alle Vorgänge, die bei der Ausbildung (Fortbildung) bekanntgeworden sind, insbesondere über alle Personalangelegenheiten und die die Betreuten betreffenden persönlichen Angelegenheiten wie z. B. Krankheit und Familienverhältnisse, ist strengstens Stillschweigen zu bewahren, und zwar auch über die Beendigung der Tätigkeit hinaus.

§ 10

Befolgen von Anordnungen

(1) Während der Ausbildung ist Herr/~~Frau~~ Dr. Martins verpflichtet, den Anweisungen der Beamten und Angestellten des Landes Berlin, denen er/~~sie~~ während seiner/~~ihrer~~ Ausbildung unter-

S. E. S. Fls. 1946 6 Tupinambá

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST. NEUROLOGIA DE GYNZ ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:35 - Ut: 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009171
EM TESTEMUNHO DA VERDADE
Marta Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

1º Tab. Notas Goiânia - GO Marta Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR Fls. 372

stellt ist, zu folgen und bestehende Ordnungen, insbesondere die Hausordnung, zu beachten.

(2) Belohnungen und Geschenke von Dritten in bezug auf die Ausbildung beim Land Berlin dürfen nur mit vorheriger Zustimmung des Ausbildungsleiters angenommen werden.

§ 11

Haftung

(1) Inventar und Geräte sind pfleglich zu behandeln.

(2) Das Land Berlin hat für Herrn/~~Frau~~ Dr. Martins keine Haftpflichtversicherung abgeschlossen. Er/~~Sie~~ ist auf die für ihn/~~sie~~ danach geltende Schadensersatz- und Regreßverpflichtung hingewiesen worden.

Ihm/~~Ihr~~ ist bekannt, daß er/~~sie~~ sich auf seine/~~ihre~~ Kosten gegen einen derartigen Rückgriff bei einer privaten Haftpflichtversicherung versichern lassen kann.

§ 12

Wichtiger Kündigungsgrund

Ein wichtiger Kündigungsgrund im Sinne § 1 des Abs. 3 des Vertrages ist insbesondere dann gegeben, wenn Herr/~~Frau~~ Dr. Martins den deutschen Sprachkurs aus nicht regelmäßig und nicht pünktlich besucht, an den Klausuren und an der Abschlußprüfung nicht teilnimmt sowie sich nicht bemüht, den schulischen Anforderungen in jeder Weise gerecht zu werden, wozu insbesondere gehört, daß dem Unterricht aufmerksam gefolgt und nicht durch undisziplliniertes Verhalten gestört wird.

§ ~~13~~ 12

Sonstige Vereinbarungen

Maßgebend für Ansprüche ist die deutsche Ausfertigung des Vertrages, nicht der in die Landessprache übersetzte Vertragstext.

Eine Ausfertigung des Vertrages in deutscher Sprache ist Herrn/~~Frau~~ Dr. Martins ausgehändigt worden. Weitere Verpflichtungen übernimmt das Land Berlin nicht. Nebenabreden gelten nur, wenn sie schriftlich vereinbart worden sind.

Er/~~Sie~~ hat sich mit den in dem Vertrag niedergelegten Arbeitsbedingungen einverstanden erklärt.

Berlin, den 19.9.1983

Der Senator für Gesundheit,
Soziales und Familie
Im Auftrag

AR
~~SR~~

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INSTITUTO NEUROLÓGICO DE GOIÂNIA
Goiânia/GO, 29/11/2013 11:24:35 - Ato: 4
Confira o que a fotocópia contém, o documento apresentado
SELO ELETRÔNICO: 02013112114350260172
Selo(s): 1 - Tab. 10
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

CENTRO DE ESTUDOS DA CLÍNICA NEUROLÓGICA E NEUROCIRÚRGICA SANTA CASA - BELO HORIZONTE

Confere Luiz Fernando Martins

Diploma de Membro Honorário

BELO HORIZONTE, 23 de Junho de 2000

Presidente

Secretário Geral

Presidente do Conselho Deliberativo

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE - INSTITUTO GERIR
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado.
Goiânia/GO, 29/11/2013 11:24:44 - UF: 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02013112114350260032133
Em testemunho
Maria Teixeira Rosa Nunes de Castro
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Maria Teixeira Rodrigues de Castro
Instituto GERIR
Fls. 273

Georg-August-Universität Göttingen

Zentrum Neurologische Medizin

Abteilung Funktionelle Neurochirurgie

Prof. Dr. G. Dieckmann

Funktionelle Neurochirurgie, Postfach 3742, 3400 Göttingen

Robert-Koch-Straße 40
3400 Göttingen
Telefon: 05 51/39-8741
Zentrale 39-1
Telex: 96 703

TOE 1963

S. E. S. Fls: 1948 Rubrica

Aktenzeichen GD/Be

Datum 07.12.1983

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE GOIANIA
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:36 - Ato: 4
NR. SELO ELETRONICO: 02011311211435026009176
Em Testemunho
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

1º Tab. Notas Goiânia - GO
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha

Z E U G N I S

Herr Professor Luis Fernando MARTINS aus dem Instituto de Neurologia de Goiania, Brasilien, war vom 15.10. bis 07.12.1983 als Gastprofessor in der hiesigen Abteilung für Funktionelle Neurochirurgie tätig.

Herr Professor Martins hat sich in dieser Zeit als außerordentlich kenntnisreich und erfahren in allen Gebieten der funktionellen Neurochirurgie erwiesen. Er hatte Gelegenheit, alle Operationen aus dem Gebiet der funktionellen Neurochirurgie hier durchzuführen. Darüber hinaus führte er einige Operationen, die bisher hier nicht bekannt waren, an der hiesigen Abteilung erstmals ein.

In ärztlicher und menschlicher Hinsicht hat Herr Professor Martins sofort unser aller Vertrauen und Zuneigung, einschließlich unserer Patienten, gewonnen. Wir bedauern seinen Fortgang nach der leider nur kurzen Zeit seines hiesigen Aufenthaltes sehr.

Ich kann Herrn Professor Martins in menschlicher und ärztlicher Beziehung wärmstens empfehlen.

Prof. Dr. G. Dieckmann

Instituto GERIR
Fls. 374

TCE 1964

DIE FACHBEREICHE DER MEDIZIN

DER

FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN

VERLEIHEN

UNTER DEM PRÄSIDENTEN

ROLF KREIBICH

DEM ARZT

LUIZ FERNANDO MARTINS

AUS CUMARI/GOIAS (BRASILIEN)

NACHDEM ER IN ORDNUNGSMÄSSIGEM PROMOTIONSVERFAHREN DURCH DIE DISSERTATION

»INTRAKRANIELLE METASTASIERUNG MALIGNER ASTROBLASTOME. BEOBACHTUNG NACH OPERATIVEN EINGRIFFEN UND BESTRAHLUNG.«

UND DURCH DIE MÜNDLICHE PRÜFUNG SEINE WISSENSCHAFTLICHE BEFÄHIGUNG ERWIESEN HAT

DEN GRAD EINES DOKTORS DER MEDIZIN

MIT DEM GESAMTURTEIL

»CUM LAUDE«

BERLIN, DEN 8. FEBRUAR 1974

VIZEPRÄSIDENT

Prof. J. Cerdós-Navarro

TÍTULO DOUTOR EM MEDICINA

Instituto GERIR
Fls. 375

TCE 1965

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA

DEPARTAMENTO DE NEUROCIRURGIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
FILIADA À WORLD FEDERATION OF NEUROSURGICAL SOCIETIES

S. E. S.
Fls: 1950

Presidente
Carlos Batista Alves de Souza
Vice-Presidente
Guilherme Cabral Filho
Presidente Eleito
Leo Fernando Ditzel
Secretário Geral
Carlos Eduardo Carvalho Coelho
1.º Secretário
José Maurício Siqueira
Tesoureiro
Sebastião Natanael Silva Gusmão
Secretário Auxiliar
Antônio de Pádua Bonatelli
Conselho Deliberativo
Djacir Gurgel Figueiredo
Manoel Caetano de Barros
Nelson Pires Ferreira
Paulo Andrade de Mello
Virgílio A. Novaes
Antônio de Pádua Bonatelli
Evandro P. L. Oliveira
Flávio A. P. Settanni
Adolpho Carvalho Filho
Luiz Alcides Manreza
Nilton Luiz Latuf
Carlos Batista Alves de Souza
Guilherme Cabral Filho
Leo Fernando Ditzel
Carlos Eduardo Carvalho Coelho
José Maurício Siqueira
Sebastião Natanael S. Gusmão
Comissão de Credenciamento
Luiz Ernane Madalozzo
José Alberto Landeiro
Nilton Luiz Latuf
Comissão Permanente de Ensino
Paulo Andrade Mello
Carlos Telles
Mário Siqueira
Comissão de Aperfeiçoamento
Efetivos:
Jorge Facure
José Carlos Lynch
Atos Alves de Sousa
Fernando Braga
Jorge Luiz Kraemer
Mário Augusto Tarico
Suplentes:
Fernando Martins
Ivan Mello Chemale
Arnaldo Ferreira
Sérgio Otoni
Ricardo Ramina
Guilherme C. Ribas
Comissão de Ética
Clemente A. Brito Pereira
Francisco F. Leitão de Carvalho
Abynada Lyro
Comissão Permanente de Exercício Profissional
José Gilberto de Souza
Ronald Moura Fiúza
Ney Azambuja
José Carlos Saleme
Marco Aurélio Marzulo Almeida
Luiz Fernando Pinheiro Franco
Representante junto à Comissão Nacional de Residência Médica
Miguel Farage Filho
Representante junto a World Federation of Neurosurgical Societies
Atos Alves de Souza
Comissão Especial de Comunicação (Boletim)
Marcos Masini
Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia
Editores
Gilberto Machado de Almeida
Milton K. Shibata
Comissão de História
Djacir Figueiredo
José Gilberto de Souza
Nelson V. Aspesi
Comissão Especial de Intercâmbio com a Sociedade Alemã de Neurocirurgia
Dierk Kirchoff
Ricardo Ramina

Belo Horizonte, 10 de Novembro de 1992

Prezado Luiz Fernando,

Temos o prazer de comunicar-lhe que o seu nome foi indicado pela Diretoria da SBN para compor a Comissão de Aperfeiçoamento da mesma.

Informamos ainda que o Coordenador desta Comissão é o nosso colega Jorge Luiz Kraemer, com quem solicitamos o favor de se comunicar.

O seu apoio e o seu empenho será para nós da maior importância.

Um abraço

Carlos Batista Alves de Souza
Presidente da SBN

Carlos Eduardo Carvalho Coelho
Secretário Geral da SBN

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST NEUROLOGIA DE GYN ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado.
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:47 - UE: 4
NR. SELO ELETRÔNICO - 02011311211435026009199
CARTÓRIO
Marita Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Marita Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 376

Secretária Geral: Rua Ceará, 567 – 4.º andar – Tel. (FAX) (031) 226-3281 – Belo Horizonte – MG – 30150-310
Secretária Permanente: Rua Leandro Dupré, 204 – Conj. 52 – Tel.(FAX) (011) 570-1469 – São Paulo – SP – 04025-010

DER PRÄSIDENT
DER FREIEN UNIVERSITÄT
BERLIN

1 Berlin 33 (-Dahlem), den 3. Januar 1973
Ihnestraße 24
Ruf: 838 (Durchwahl) 3087

GeschZ.: I A 43-Martins,L.F./FB 03

S. E. S.
Fls: 195 i
6
Rubrica

Arbeitsvertrag

zwischen

TCE 1966

der Freien Universität Berlin, Körperschaft des öffentlichen Rechts, vertreten durch den Präsidenten

und

Herrn ~~Frau Fräulein~~ Luiz Fernando M a r t i n s

(Vor- und Zuname, bei Frauen auch Geburtsname)

geboren am 17.4.1947 in Cumari Goias

wird folgender Arbeitsvertrag geschlossen:

Herrn ~~Frau Fräulein~~ Luiz Fernando M a r t i n s wird vom 1. Januar 1973 ~~19~~ an als Wissenschaftliche(r) Assistent(~~in~~) im Angestelltenverhältnis im Bereich des(r) Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik im Klinikum Steglitz eingestellt.

Das Arbeitsverhältnis endet am 31. März 1976 x) 19 , ohne daß es einer Kündigung bedarf. Die ersten sechs Monate der Beschäftigung gelten als Probezeit.

Für das Arbeitsverhältnis sind maßgebend:

1. das Hochschullehrergesetz (HSchLG) in der jeweiligen Fassung,
2. das Gesetz über die Universitäten des Landes Berlin (UniG) in der jeweiligen Fassung,
3. der Bundes-Angestelltentarifvertrag (Bund, Länder, Gemeinden) (BAT) unter Berücksichtigung der jeweils in Frage kommenden Sonderregelungen mit allen künftigen Änderungen und Ergänzungen, soweit die sich aus dem HSchLG ergebenden Rechte und Pflichten einer Anwendung des BAT nicht entgegenstehen.

x) Das Arbeitsverhältnis endet mit Ablauf des Tages, an dem die Berufserlaubnis abläuft, widerrufen wird oder erlischt, ohne daß es einer Kündigung bedarf.

Instituto GERIR
Fls. 377

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST. NEUROLOGIA DE GYN/ES
Certifico que a foto cópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:35 -02:00
NR. SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026000917
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

1º Tab. Notas Goiânia - GO Maria Teixeira Rodrigues da Cunha

4. die mit dem Lande Berlin bzw. dem Arbeitgeberverband dem das Land Berlin angehört, bisher vereinbarten, noch geltenden und künftig abzuschließenden Tarifverträge über Arbeitsbedingungen der Angestellten, insbesondere der Vergütungstarifverträge,

5. der Tarifvertrag über die Versorgung von Angestellten bei Körperschaften, Anstalten, Stiftungen und Gesellschaften in Berlin (Versorgungs-TV Angestellte) vom 13.10.1967 in seiner jeweiligen Fassung sowie die an die Stelle dieses Tarifvertrages tretenden Bestimmungen.

Der ~~Die~~ Angestellte wird in Vergütungsgruppe II a Fallgruppe 1 Teil I der Anlage 1 a zum BAT eingereiht. Ober die Zusammensetzung und Höhe der Bruttovergütung ergeht weitere - erging bereits - Mitteilung. Die Vergütung wird am Fünfzehnten eines jeden Monats gezahlt.

Die Arbeitszeit beträgt 42 Stunden wöchentlich.

Das Arbeitsverhältnis soll drei Jahre nicht überschreiten. Eine Verlängerung ist nach Ablauf von drei Jahren nur nach Maßgabe des § 4B Abs. 3 HSchLG zulässig.

Die Parteien sind sich darüber einig, daß außer den in diesem Vertrag niedergelegten Rechten keine weiteren Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis bestehen. Nebenabreden sind nur wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart werden.

Für alle Streitigkeiten aus dem Arbeitsverhältnis ist örtlich das Arbeitsgericht Berlin zuständig.

Eine Ausfertigung ist Herrn ~~Frau~~ ~~Fräulein~~ Luiz Fernando M a r t i n s ausgehändigt worden.

....

(Unterschrift des Angestellten)
(Luiz Fernando Martins)

(Unterschrift,
Amts- Dienstbezeichnung)

FUB I A 36b 9.71 - 2000

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE - INST. NEUROLOGIA DE GYN / ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado.
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:36 - D = 47
NR. SELO ELETRÔNICO - 02011311211435026009174
Em Testemunho
Iolanda Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
10 Tab. Notas Goiânia - GO

DER PRÄSIDENT
DER
FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN
1 Berlin 33, ~~Boeckstraße 24~~ Altensteinstr. 40

Berlin-Dahlem, den 28. Januar 1975
Ruf: ~~2880~~ 838-1
Durchwahl: ~~2880~~ 3087

Gesch. Z.: I A 4 3 ~~Martins~~ L.-F./FB 02
(Angabe bei Antwort erbeten)

S. E. S.
Fls: 1952
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

~~Mit Postzustellungsurkunde!~~
Gegen Empfangsbestätigung!

Herrn ~~Frau~~ ~~Fräulein~~
Luiz Fernando M a r t i n s

FB 02 WE 08

TCE 1967

Sehr geehrte~~r~~ Herr Martins!

Auf Ihren Antrag vom 6. Januar 1975 endet das zwischen Ihnen und der Freien Universität Berlin bestehende Anstellungsverhältnis als Wissenschaftliche(r) Assistent(~~in~~) in der obengenannten Universitätseinrichtung mit Ablauf des 30. April 1975

~~Die Kündigung wird mit dem Tage der Zustellung dieses Bescheides wirksam~~

~~Sie werden zum~~ ~~zum~~ ~~bis zum~~ ~~Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung ohne Vergütung beurlaubt~~

Ich danke Ihnen für die geleistete Mitarbeit und wünsche Ihnen für die Zukunft alles Gute.

Mit freundlichen Empfehlungen
Im Auftrage
~~Unterschrift~~
T ä g e r t

Beglaubigt:
Hippmann
Verw.-Ang.

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST. NEUROLOGIA DE GYNECOLOGIA VAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:36 - J = 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009175
CARTÓRIO
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO Maria Teixeira Rodrigues da Cunha

Instituto GERIR
Fls. 378

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA

Luiz Fernando Martins

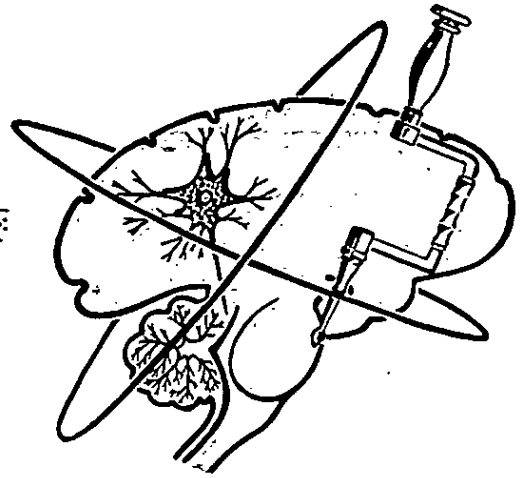
DIPLOMA DE MEMBRO TITULAR

PRESIDENTE

SECRETÁRIO GERAL

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
REQUERENTE: AUTENTICAÇÃO
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:42 - UE47
NR SELO ELETRONICO: 02D113112114350260092103
Goiânia - GO
Instituto GERIR
Fls. 379
S.E.S. 1968

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST NEUROLOGIA DE GYN ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:44 - U: 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009212
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO ELETRÔNICO
1º Tab. Goiânia GO
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755



Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

DIPLOMA DE MEMBRO TITULAR

A Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, de acôrdo com as disposições dos Estatutos e do Regimento Interno, confere o presente diploma a

Luiz Fernando Martins

Passado em Fortaleza, aos 29 de Julho de 1978

Instituto GERIR
Fls. 260

Presidente

Secretário Geral

COMISSÃO DE LICENÇAS
P.E.S. 1954
Rubrica

TE 1969

KLINIKUM STEGLITZ
DER FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN
Neurochirurgische Klinik und Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. Umbach

KLINIKUM STEGLITZ, 1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30

Berlin-Lichterfelde, den 3o. April 1975
1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30
Ruf: 798 2532 (Durchwahl)
Innenbetrieb:
Senat: 993
FU: 7
Telex: 184 873 uklin

S.E.S. Fls: 1955 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

ICE 1970

B e s c h e i n i g u n g

Herr Luiz-Fernando M a r t i n s , geb. 17.4.1947, war vom 1.1.1973 bis 3o.4.1975 an meiner Klinik als Wissenschaftlicher Assistent tätig. Er hat während dieser Zeit außer der Beschäftigung mit wissenschaftlichen Problemen eine sorgfältige neurologisch-neurochirurgische Ausbildung erhalten und nachweislich seines Operationskataloges über 6o operative Eingriffe auf verschiedenen Gebieten der Hirn- und Rükkenmarkschirurgie selbständig nach entsprechender Einweisung durchgeführt.

(Prof. Dr. Umbach)

Klinikum Steglitz
der Freien Universität Berlin
Neurochirurg. Klinik - Poliklinik
1 Berlin 45, Hindenburgdamm 30
Tel.: 7 93 - 1

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST NEUROLOGIA DE GYN/ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO, 29/11/2013 11:24:36 - UE 4
NR SELO ELETRÔNICO: 0201131121143502600917
MARTINS
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO

Instituto GERIR
Fls. 281

SOCIEDADE PARAENSE DE NEUROCIRURGIA

Membro Honorário

A Sociedade Paraense de Neurocirurgia, de acordo com as disposições dos Estatutos e do Regimento Interno, confere o presente Título a

LUIZ FERNANDO MARTINS

Belém, Outubro de 2001.

Presidente *Secretário* *Presidente do Conselho Deliberativo*

1971

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INSTITUTO NEUROLOGIA DE GYNESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:44 - U-F-47
SELO ELETRÔNICO: 02011311211435026009214
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-9777 / 3526-3755
1º Tab. Notas Goiânia - GO
Marli Teixeira Rodrigues do Carmo
Instituto GERIR
Fls. 222

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE
Der Schriftführer

TCE 1972

Prof.Dr.med.H.-P.Richter
Direktor der Neurochirurgischen Klinik
der Universität Ulm im Bezirkskrankenhaus
Günzburg

Ludwig-Heilmeyer-Str. 2
89312 Günzburg
Tel.: 08221-96-2251/2252
Fax: 08221-96-2110
e-mail: sf-dgnc@medizin.uni-ulm.de

S. E. S.
Fls. 1957
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Herrn
Dr. med. Luiz Fernando Martins
Instituto de Neurocogia
Praça T.18 No 140 (Bueno)

74.210-250- Goiânia-Goiàs

BRASILIEN

Günzburg, 27.09.00

Sehr geehrter Herr Kollege,

auf der Sitzung des Erweiterten Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie am 13.09.2000 wurde Ihrem Antrag auf Aufnahme als Außerordentliches Mitglied in die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie stattgegeben. Namens des Vorstands der Gesellschaft darf ich Sie deshalb ganz herzlich als neues Mitglied begrüßen und wünsche mir eine lange fruchtbare Zusammenarbeit. Wie Sie wissen, wird die Zukunft für uns alle nicht einfacher werden. Umsomehr kommt es darauf an, daß wir eine starke und seriöse Gruppe sind, die möglichst mit einer Stimme spricht. Bitte helfen Sie uns dabei.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Prof. Dr. H.-P. Richter
Ehem. Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie

1º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO
AUTENTICAÇÃO
REQUERENTE: INST. NEUROLOGIA DE GYN. ESTOVAN
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia/GO - 29/11/2013 11:24:34 - U - 47
NR. SELO ELETRÔNICO: 020113112114350260091681
1º Tab. Notes Goiânia - GO
Maria Teixeira Rodrigues da Cunha
Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

Instituto GERIR
Fls. 383

TCE 1973

S. E. S.
Fls. 1958
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Curriculum Vitae

Dados Pessoais

Nome Completo: **Antonio Francisco Guise Marques**

Filiação: **Francisco de Assis Marques e Maria de Lourdes Guise de Campos**

Naturalidade: **Póvoa de Varzim - Portugal**

Data de Nascimento: **29 de abril de 1950**

Estado Civil: **Divorciado**

Identidade: **W661716-P/CGPI/DIREX/DPF**

CPF: **228.349.237-87**

Endereço: **Rua C155, 485 - Qd. 327 Lts. 6 e 7 – Apt. 701**

Histórico Escolar

Vida Escolar
Primeiro e segundo grau concluídos em 1966 e 1969 respectivamente no Instituto Abel - Niterói - Rj.

Vida Universitária
Curso superior de **Administração de Empresas**, concluído em 1975, na **Faculdade Olindense de Administração Dom Vital** em Olinda - PE.
Curso superior de **Medicina**, concluído em 1987, na **Faculdade de Ciências Médicas** em Recife - PE.

Cursos de Aperfeiçoamento

1985 - Curso de extensão em **Emergências Cardiológicas** - Faculdade de Ciências Médicas - Recife - PE.
1986 - Curso de **Doutorando da Emergência** - Pronto Socorro do Hospital da Restauração - Recife - PE.
1987 - Curso de **Emergências Cardiológicas** - Formandos da Universidade Federal de Pernambuco - Recife - PE.
1987 - Participação no **Primeiro Congresso Pernambucano de Cardiologia** - Recife - PE.
1996 - Curso de **Ultra-sonografia - Clínica SONIMAGE** - São Paulo - SP
1997 - Curso de **Especialização em Terapia Intensiva** SOTIEGO/AMIB - Goiânia - GO - de março a dezembro/97.
1999 – Curso de **Neuroimagem** – Ministrado no Hospital Neurológico – Goiânia – GO

Instituto GERIR
Fls. 384

2000 – Curso de **Instrutor do SIATE** – Ministrado pelo SAMU Vale da Ribeira. Goiânia – GO
2002 – Curso de Pós graduação em Gestão Hospitalar Pública – GHESTOS Ministério da Saúde.
2013 – Curso TECA-A Ministrado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.
2013 – Curso de Pós graduação em Gestão de Emergências no SUS – Ministrado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês – em curso.

S. E. S.
Fls. 1959
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1974

Atividades Profissionais

1981 - Gerente Administrativo e Financeiro do Centro Médico Odontológico de Pernambuco Ltda. Recife - PE até 1982.
1982 - Sócio do Climope Ltda. - Clínica Médica e Odontológica, Recife - PE até 1983.
1985 - Sócio da Casa Geriátrica N.S. de Fátima Ltda., Recife - PE até 1987.
1986 – Sócio gerente do Solar Geriátrico de Casa Forte – Recife – PE até 1987
1988 - Médico Plantonista do Hospital Central - Minaçu - GO, até 1991.
1991 - Médico Plantonista do Hospital de Montes Claros de Goiás - Montes Claros de Goiás - GO, até junho de 1991
1991 - Médico Plantonista da Casa de Saúde Dr. Antonio - São Luis de Montes Belos - GO, até agosto de 1995.
1992 - Médico Plantonista do Hospital Regional de São Luis de Montes Belos São Luis de M. Belos - GO, até dezembro de 1994.
1995 - Médico Plantonista do CAIS Garavelo - Aparecida de Goiânia - GO, até abril de 1996.
1995 - Médico Intensivista da UTI do Hospital de Doenças Tropicais - Goiânia - GO, passando a ocupar o cargo de chefia a partir de maio/97, até dezembro de 1998
1995 - Médico Intensivista da UTI do Hospital São Marcos - Goiânia - GO, até dezembro de 2001.
1995 – Consultório médico em clínica médica e geriatria até a presente data, na cidade de Goiânia - GO.
1996 - Médico Intensivista da UTI do Hospital Cidade Jardim - Goiânia - GO, até dezembro de 2000.
1997 – Médico plantonista da Emergência do HUGO, até a presente data.
1999 – Chefe da Reanimação do HUGO até janeiro de 2000
1999 – Integrante do Comitê Gestor de Urgências e Emergências, até 2006
2000 – Chefe do Pronto Socorro do HUGO até setembro de 2000
2000 – Diretor Técnico do HUGO até dezembro de 2001
2000 – Instrutor da Curso para internos e alunos do quarto e quinto anos da Faculdade de Medicina no HUGO, até a presente data.
2001 – Assessor técnico e responsável pelo programa "WINSIG" - OPAS, no HUGO, até 2003.
2001 – Médico plantonista do Pronto Socorro do Hospital São Marcos, até novembro/2006
2001 – Médico Regulador do Sistema único de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia até fevereiro de 2005
2005 – Diretor do Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – até julho de 2006
2006 – Médico plantonista e coordenador do Pronto Socorro do Hospital São Lucas – até 2009.
2007 – Médico coordenador da Emergência e Pronto Socorro do Hugo, até 2012.
2012 – Médico diretor do departamento médico do Hospital de Urgências de Goiânia – Instituto Gerir – até a presente data.

Antonio Francisco Guise Marques

Instituto GERIR
Fls. 385

FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE PERNAMBUCO

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PERNAMBUCO

Curso reconhecido pelo Dec. 32547— 7/Ab./53
Publicado no D. Oficial da União — 17/Ab./53

O Diretor da ***Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco,*** *no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina no* 2º *semestre do ano de 19* 87 *e colação de grau em* 02 de dezembro de 1987, *confere o título de MÉDICO a* Antonio Francisco Guise Marques

Cédula de Identidade nº 0493369 *órgão expedidor* SPMAF/SR/PF

filho(a) de Francisco de Assis Marques *e* Maria de Lourdes Guise de Campos

natural de Portugal *Nascido(a) em* 29 de abril de 1950

nacionalidade Portuguesa

e outorga-lhe o presente DIPLOMA, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Recife(PE), 03 *de* Fevereiro *de 19* 88

Dr. Gustavo de Melo Pereira Leite
Secretário

Dr. Gustavo de Melo Pereira Leite
Presidente da FESP
Prof. Dr. Othon Costa Bastos Filho

Prof. Dr. Jaime Scherb
Diretor

SERVIÇO DE REGISTRO DE DIPLOMAS DA UFPE — MEC

EM 26 *DE* fevereiro *DE 19* 88

CHEFE

Diplomado

Instituto [illegible] Fls. 382

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Verdade Goiânia-GO
Daniella da Sousa Oliveira Escrevente

® THOMAS DE LA RUE S.A. - BRASIL

1960 1975

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

SERVIÇO DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Diploma registrado sob nº 0365 *no Livro* M-9 *Folha(s)* 137

de acordo com o processo nº 00801/88-SRD

Em 26 *de* fevereiro *de 19*88

Maria do Carmo Mota de Aquino

ENCARREGADA DOS REGISTROS

Maria do Carmo Mota de Aquino

Em 26 *de* fevereiro *de 19*88

CHEFE DO SERVIÇO DE REGISTRO DE DIPLOMAS

Kiriam de Sá Leitão Barbosa

Registro feito por delegação de competência do Departamento de Assuntos Universitários, através Portaria nº 71, de 21/10/77, nos termos da Portaria Ministerial nº 726 de mesma data. E Subdelegação de competência do Magnífico Reitor da UFPE. Conforme Portaria Nº 394 *de* 15 / fevereiro / 1978

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE GOIÁS - CREMEGO
Inscrição nº 5349
Anuência nº 00134 Livro nº 10
Em 21 março de 1988.
Dr. João Damasceno Porto
Presidente do CREMEGO

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1490 - Qd. F-41 LT 192 / 194
Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74085-325
FONE/FAX 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
02051208081720026051127 -
Consulte em http://esaj.judicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testemunho da Verdade Goiânia-GO, 04 de dezembro de 2013 cs232246
Daniela de Sousa Oliveira Escrevente

TABELIONATO JOSAPHAT ALBUQUERQUE - 4º SERVIÇO NOTARIAL
NOTAS - Escrituras, Testamentos, Procurações, Reconhecimentos de Firmas, Autenticações de Cópias
Reconheço a firma de: OTHON COELHO BASTOS FILHO
RECIFE/PE, 04 DE MAIO DE 2007.
Oc.: 25 José Bonifácio Falcão
SUBSTITUTO
Escl.: R$ 2,28 - TSNR R$ 0,46. Válido somente com o selo.

4º SERVIÇO NOTARIAL RECIFE
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO
SELO Autenticidade e Fiscalização
AFH089087

ADRIANA SOARES P. QUEIROZ
JOANA DOS SANTOS C. M. RODRIGUES
AUTORIZADOS
Rua Marquês do Recife, 154
Santo Antônio - Recife - PE
Emolumentos - R$ 2,28
TSNR - R$ 0,46
TOTAL - R$ 2,74
3º Tabelionato de Notas do Recife
(Antigo Livro Salgado)
Júnia G. Flora - Tabeliã
Reconheço a(s) firma(s) por Semelhança
Em test. da verdade
MAIO 2007
Válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO
Selo de Autenticidade e Fiscalização
FIRMA 2
Válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização

000231

E58/05-17

CERTIFICADO

CURSO NACIONAL DE ATUALIZAÇÃO EM

GERIATRIA

O Centro de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento HC-FMUSP certifica que

ICE 1976

ANTONIO FRANCISCO GUISE MARQUES

participou do Curso Nacional de Atualização em Geriatria a distância, realizado no período de 19 de agosto a 25 de novembro do ano de 2009, totalizando 30 horas / aula.

São Paulo, 25 de novembro de 2009

Dr. José Renato
Coordenador Geral do Curso

Realização: CBBW: CEPEN Centro de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento

Apoio: SBGG - São Paulo Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Geriatria HC-FMUSP

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

19/08/2009 : MÓDULO I - INTRODUÇÃO À GERIATRIA :
O Fenômeno do Envelhecimento Populacional, A Importância da Geriatria no Contexto da Saúde Pública, Senescência e Senilidade, Os Idosos Frágeis, A Síndrome do Imobilismo

26/08/2009 : MÓDULO II - PROBLEMAS RELACIONADOS AO EQUILÍBRIO E À LOCOMOÇÃO :
Tonturas, Instabilidade Postural e Quedas

09/09/2009 : MÓDULO III - TERAPÊUTICA DO IDOSO / PROBLEMAS DE LOCOMOÇÃO II :
Princípios de Farmacologia Geriátrica, Iatrogenia, Osteoartrose

16/09/2009 : MÓDULO IV - NEUROPSIQUIATRIA GERIÁTRICA I:
Demências, Alterações Comportamentais nas Demências

30/09/2009 : MÓDULO V - NEUROPSIQUIATRIA GERIÁTRICA II:
Delirium, Depressão

14/10/2009 : MÓDULO VI - NEUROPSIQUIATRIA GERIÁTRICA III / DISTÚRBIOS METABÓLICOS I:
Doença de Parkinson e outros Distúrbios do Movimento, Osteoporose e Doenças Ósteo-Metabólicas

21/10/2009 : MÓDULO VII - DISTÚRBIOS METABÓLICOS II / AFECÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR I:
Diabetes, Hipertensão Arterial

28/10/2009 : MÓDULO VIII - AFECÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR II:
Aterosclerose e Doença Coronariana, Insuficiência Cardíaca

11/11/2009 : MÓDULO IX - AFECÇÕES UROLÓGICAS COMUNS:
Incontinência Urinária, Doenças da Próstata

25/11/2009 : MÓDULO X - PROMOÇÃO DE SAÚDE:
Rastreios e Aconselhamentos, Atividade Física

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1486 - Qd. F-41 LT 182 / 184
Setor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74083-325
FONE: 62 3223-1814
AUTENTICAÇÃO
020513080217200205113 9
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Confere com o original. Dou Fé. Em Testº da Verdade Goiânia-GO, 3 de dezembro de 2013 cs23286B
Gabriella de Sousa Oliveira Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 387

Marciano de Sousa Nóbrega

TCE 1977

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/7593291791822443
Última atualização do currículo em 10/06/2012

S. E. S. Fls. 1962 Rubrica

Possui graduação em MEDICINA pela Universidade Federal da Paraíba(1987), mestrado em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás(2012), residencia-medicapela Universidade de São Paulo(1992), residencia-medicapela Real e Benemerita Sociedade de Beneficência Portuguesa(1989), aperfeicoamento em GESTHOS pela Universidade Estadual do Rio de janeiro(2003) e aperfeicoamento em Programa de Atualização em Medicina Intensiva pelo Associação de Medicina Intensiva Brasileira(2007). Atualmente é MEDICO da Universidade Federal de Goiás, MEDICO da EQUIPE DE ANESTESIA, Administrador da Serviços Médico e Diagnósticos e Terapêuticos SS, Chefe Seção de Medicina Intensiva adulto da Hospital materno Infantil Secretaria de Saude do Estado de Goias e Diretor Técnico Unidade Terapia Intensiva da Serviços Médicos e diagnósticos. Tem experiência na área de Medicina. Atuando principalmente nos seguintes temas:Acinetobacter, Pseudomonas, Resistência bacteriana. **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome	Marciano de Sousa Nóbrega
Nome em citações bibliográficas	NÓBREGA, M. S.;NOBREGA, M

Endereço

Endereço Profissional	Universidade Federal de Goiás. Primeira Avenida Setor Universitário 74000-000 - Goiania, GO - Brasil

Formação acadêmica/titulação

2009 - 2012	Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde (Conceito CAPES 3). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Brasil. Título: Evolução da Resistência e Aspectos Microbiológicos de Pseudomonas aeruginosa e Acinetobacter em Unidades de Terapia Intensiva,Ano de Obtenção: 2012. Orientador: José Rodrigues do Carmo Filho. Palavras-chave: Acinetobacter; Pseudomonas; Resistência bacteriana. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: MEDICINA INTENSIVA.
1990 - 1992	Especialização - Residência médica. Universidade de São Paulo. Residência médica em: Anestesiologia Número do registro: .
1987 - 1989	Especialização - Residência médica. Real e Benemerita Sociedade de Beneficência Portuguesa. Residência médica em: Cardiologia Número do registro: .
2005 - 2007	Aperfeiçoamento em Programa de Atualização em Medicina Intensiva. (Carga Horária: 240h). Associação de Medicina Intensiva Brasileira, AMIB, Brasil. Título: Atualização em Medicina Intensiva. Ano de finalização: 2007.
2003 - 2003	Aperfeiçoamento em GESTHOS. (Carga Horária: 220h). Universidade Estadual do Rio de janeiro. Título: Capacitação a Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde. Ano de finalização: 2003. Bolsista do(a): Ministério da Saude.

Instituto GERIR Fls. 388

1982 - 1987	Graduação em MEDICINA. Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.

TCE 1978

Formação Complementar

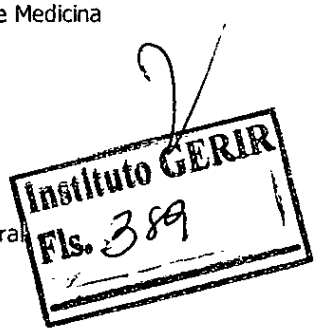
2009 - 2009	Ventilação Mecânica. (Carga horária: 8h). Hospital Sírio-Libanês.
2009 - 2009	CURSO DE ENSINO 'A DISTÂNCIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA.
2008 - 2008	Curso de Endoscopia Digestiva do HC-UFGO. (Carga horária: 24h). hospital das clinicas da ufgo.
2008 - 2008	Monitorização Hemodinâmica. (Carga horária: 16h). Associação de Medicina Intensiva Brasileira, AMIB, Brasil.
2008 - 2008	TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO. (Carga horária: 16h). Associação de Medicina Intensiva Brasileira, AMIB, Brasil.
2005 - 2005	NUTRITIONAL SUPPORT IN THE CRITICALLY PACIENT. (Carga horária: 8h). World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine.
2004 - 2004	Curso de Imersão em Terapia Intensiva neurológica. (Carga horária: 16h). Associação de Medicina Intensiva Brasileira, AMIB, Brasil.
2002 - 2002	FCCS-Fundamental Critical Care Support Couse. (Carga horária: 16h). Associação de Medicina Intensiva Brasileira, AMIB, Brasil.
2002 - 2002	Síndromes coronarianas Agudas. (Carga horária: 8h). Sociedade Brasileira de Cardiologia.
2001 - 2001	CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA. (Carga horária: 20h). Sociedade de Terapia Intensiva do Estado de Goias.
2001 - 2001	SAVA. (Carga horária: 16h). SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA.
1999 - 1999	ACLS. (Carga horária: 16h). American Heart Association.
1997 - 1997	CURSO APARELHO DE ANESTESIA. (Carga horária: 8h). SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DE GOIAS.
1989 - 1989	Ergometria e Reabilitação Cardíaca. (Carga horária: 6h). Sociedade Brasileira de Cardiologia.
1988 - 1988	O ELETROCARDIOGRAMA. (Carga horária: 40h). Enéas Ferreira Carneiro.
1985 - 1985	Curso Esterilidade Conjungal. (Carga horária: 40h). Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.
1984 - 1984	I CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA. (Carga horária: 30h). Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.
1982 - 1982	CURSO DE ATUALIZAÇÃO DE TÓPICOS DE NEUROANATOMIA. (Carga horária: 27h). Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.

Atuação Profissional

Hospital materno Infantil Secretaria de Saude do Estado de Goias.

Vínculo institucional

2008 - Atual	Vínculo: Serviço Público, Enquadramento Funcional: Chefe Seção de Medicina Intensiva adulto, Carga horária: 20



Organização Aparecidense de Terapia Intensiva.

Vínculo institucional

2007 - 2009	Vínculo: Diretor Geral, Enquadramento Funcional: Administrador Geral

Organização Goiana de Terapia Intensiva.

Vínculo institucional

2006 - 2009 Vínculo: Diretor Geral, Enquadramento Funcional: Administrador Geral

TCE 1979

Serviços Médico e Diagnósticos e Terapêuticos SS.

Vínculo institucional

2003 - Atual Vínculo: Diretor Geral, Enquadramento Funcional: Administrador

Outras informações Diretor de Unidade Hospitalar

Serviços Médicos e diagnósticos.

Vínculo institucional

2003 - Atual Vínculo: Privado, Enquadramento Funcional: Diretor Técnico Unidade Terapia Intensiva

Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

Vínculo institucional

1994 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: MEDICO, Carga horária: 40

Governo do Estado de São Paulo.

Vínculo institucional

1993 - 1993 Vínculo: MÉDICO, Enquadramento Funcional: MÉDICO ANESTESIOLOGISTA, Carga horária: 20

Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Hospital São Paulo.

Vínculo institucional

1993 - 1993 Vínculo: MÉDICO ANESTESIOLOGIASTA, Enquadramento Funcional: MÉDICO, Carga horária: 20

EQUIPE DE ANESTESIA.

Vínculo institucional

1991 - Atual Vínculo: AUTDNOMO, Enquadramento Funcional: MEDICD, Carga horária: 40

SÃO LUIZ S/A ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR.

Vínculo institucional

1989 - 1990 Vínculo: MÉDICO, Enquadramento Funcional: MÉDICO, Carga horária: 20

HOSPITAL E MATERNIDADE SENHORA DA LUZ.

Vínculo institucional

1984 - 1987 Vínculo: ESTAGIÁRIO, Enquadramento Funcional: ESTAGIÁRIO, Carga horária: 12

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina.

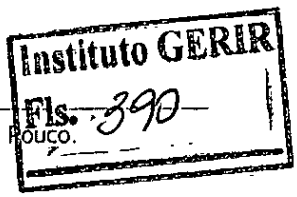
2. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Anestesiologia.

3. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: MEDICINA INTENSIVA.

Idiomas

Inglês Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Pouco.

Espanhol Compreende Razoavelmente, Fala Pouco, Lê Bem, Escreve Pouco.



Prêmios e títulos

2009	Membro da comissão de Defesa Profissional, Associação de Medicina Intensiva Brasileira.
2008	Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Estado de goias, .
2008	Membro da Comissão de Defesa Profissional, Associação de Medicina Intensiva Brasileira.
2007	Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Estado de goias, .
2006	PERSONAGEM TURISMO ANO 2005 - SUPER LUXO, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE HOTÉIS DE GOIÁS.
2004	Médico Intensivista Concursado, Secretaria Estadual de Saude - Goias.
2002	Presidente da Sociedade de Anestesiologia de Goias - SAEGO, .
2002	Co-Responsável pelo CET HC-UFGO, Sociedade Brasileira de Anestesiologia.
2002	ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA, CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA.
2001	Presidente da sociedade de Terapia Intensiva do Estado de Goiás, .
2001	Presidente da Sociedade de Anestesiologia de Goias - SAEGO, .
2001	Proficiência em Língua Estrangeira- Inglês, Departamento de Línguas da UFGO.
2000	Presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de Goias, .
2000	Vice-Presidente da sociedade de Terapia Intensiva do Estado de Goiás, .
1999	Presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de Goias, .
1999	Vice-Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Estado de Goiás, .
1997	Aprovado Concurso Professor Auxiliar, Universidade Federal de Goias.
1997	Vice-Presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de Goiás, .
1997	ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA, CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA.
1996	Diretor científico da SAEGO, .
1995	Especialista em Anestesiologia, Conselho Regional de Medicina de Goiás.
1995	Diretor científico da SAEGO, .
1993	TÍTULO SUPERIOR EM ANESTESIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA.

S. E. S. Fls. 1965 Rubrica

Produções

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

Ordenar por

Ordem Cronológica

1. BRESSAN FR ; ONOFRE ALVES NETO ; TRIBBIS JUNIOR, N. ; **NÓBREGA, M. S.** . Estratégia para a implementação de um Serviço de Tratamento da Dor no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Revista Dor, v. 11, p. 45-49, 2010.

2. ABREU, S ; FONSECA, G ; CERQUEIRA, J ; **NÓBREGA, M. S.** ; COSTA, M ; MACHADO, P . Laparoscopic radical cystectomy with intracorporeally constructed Y-shaped orthotopic ileal neobladder using nonabsorbable titanium staples exclusively. Urology (Ridgewood) JCR, v. 66, p. 657.e15-657.e17, 2005.

Citações: SCOPUS 17

Instituto GERIR Fls. 391

Livros publicados/organizados ou edições

1. CARNEIRO, A. F.Carneiro, antonio Fernando ; Valverde, Joao ; Auler Junior, J Otacio Costa ; IMBELLONI, L. E. ; GOUVEIA, M. A. ; **NÓBREGA, M. S.** . Anestesia Regional - Principios e Prática. 1. ed. Tambore: Manole Ltda, 2010. v. 1.

Textos em jornais de notícias/revistas

1. **NÓBREGA, M. S.** . Médico destaca valor baixo pago pelo sus. O HOJE, 25 abr. 2011.

2. **NOBREGA, M** . As Interfaces da Anestesiologia. Prática Hospitalar, 01 nov. 2005.

S. E. C.
Fls: 1966
6
Rubrica

Resumos publicados em anais de congressos

1. TOURINHO TM ; **NÓBREGA, M. S.** ; PAIVA DH ; ONOFRE ALVES NETO . Avaliação do Grau de Satisfação com Relação a Anestesia de Pacientes submetidos a Cirurgias Eletivas no HC-UFGO. In: 55 Congresso Brasileiro de Anestesiologia, 2008, São Paulo. Revista da Associação Médica Brasileira, 2008.

2. CHRISLAYNNE FLORENCIO DE SOUSA ; **NÓBREGA, M. S.** ; BRESSAN FR ; ONOFRE ALVES NETO . Perfil do Manuseio da dor no Hospital das Clínicas de Goiânia. In: 55 CBA, 2008, São Paulo. Revista da Associação médica Brasileira, 2008.

3. HOGO SOLTZ ; **NOBREGA, M** ; PAIVA OH ; ONOFRE ALVES NETO . Curarização Residual na Sala de Recuperação Pós-Anestésica após dose única de Bloqueador Neuromuscular de Duração Intermediária. In: 52 CBA, 2005, Goiânia. Anais do 52 Congresso Brasileiro de anestesiologia, 2005.

4. SESSINE SJ ; **NÓBREGA, M. S.** ; ONOFRE ALVES NETO . Caracterização dos Anestesiologistas de Goiânia. In: 52 CBA, 2005, Goiânia. Anais do 52 Congresso Brasileiro de anestesiologia, 2005.

5. LEONARDO A CORDEIRO ; **NOBREGA, M** ; ONOFRE ALVES NETO . Riscos do Manuseio da Via Aérea de Pacientes com Grave Lesão Vascular Cerebral - Relato de Caso. In: 52 CBA, 2005, Goiânia. Anais do 52 Congresso Brasileiro de anestesiologia, 2005.

Apresentações de Trabalho

1. **NÓBREGA, M. S.** . ANESTESIA REGIONAL EM CIRURGIA VASCULAR. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

2. **NÓBREGA, M. S.** . EMERGÊNCIAS OURANTE ENDOSCOPIA. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

3. **NÓBREGA, M. S.** . EVENTOS AOVERSOS OA ANESTESIA SUBARACNOIDEA. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

4. **NÓBREGA, M. S.** . FARMAECONOMIA E ANESTESIA. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

5. **NÓBREGA, M. S.** . SEDAÇÃO EM PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

6. **NOBREGA, M** . FISIOLOGIA: O CORAÇÃO - FISIOLOGIA, ECG, FISIOPATOLOGIA DA ICC, DOENÇAS VALVULARES E ISQUÊMICAS. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

7. **NOBREGA, M** . RAQUIANESTESIA - FISIOLOGIA, TÉCNICAS, AGULHAS, INDICAÇÕES, COMPLICAÇÕES. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

8. **NOBREGA, M** . A ASSEMBLÉIA OE REPRESENTANTES OA SBA - COMPOSIÇÃO, FUNCIONAMENTO, OBJETIVOS, REGRAS DE FUNCIONAMENTO. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

9. **NOBREGA, M** . OS TESTES ESTATÍSTICOS APLICADOS À PESQUISA. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

10. **NOBREGA, M** . BLOQUEIOS SIMPÁTICOS (GÂNGLIO ESTRELADO, PLEXO CELÍACO, SIMPÁTICO LOMBAR). 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

11. **NOBREGA, M** . EQUILÍBRIO ÁCIDO BÁSICO EM ANESTESIA. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

12. **NOBREGA, M** . FORMAÇÃO EM ANESTESIA NO BRASIL E EM GOIÁS. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

Instituto GERIR
Fls. 392

TCE 1982
S. E. S
Fls: 1967
6

13. NOBREGA, M . UTI - CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E ALTA, OBJETIVOS DO TRATAMENTO INTENSIVO, UTI NO PÓS-OPERATÓRIO, SEDAÇÃO E ANALGESIA EM UTI. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

14. NOBREGA, M . SUPORTE VENTILATÓRIO - CLASSIFICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE VENTILAÇÃO, COMPLICAÇÕES, PREVENÇÃO. 2008. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

15. NÓBREGA, M. S. ; JUNQUEIRA R ; NOBREGA RMFS ; CHRISLAYNNE FLORENCIO DE SOUSA . Hidrotórax após punção de veia subclávia contralateral. 2007. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

16. NÓBREGA, M. S. . CENTROS FORMADORES EM TERAPIA INTENSIVA. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

17. NÓBREGA, M. S. . INDICAÇÃO DE UTI NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DO PACIENTE IDOSO. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

18. CHRISLAYNNE FLORENCIO DE SOUSA ; **NÓBREGA, M. S.** ; ONOFRE ALVES NETO . O USO PRÉ-OPERATÓRIO DA GABAPENTINA DIMINUI A DOR PÓS-OPERATÓRIA EM COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL. 2007. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

19. NOBREGA, M . O CORAÇÃO: FISIOLOGIA, EXG, FISIOPATOLOGIA DA ICC, DOENÇAS VALVULARES E ISQUÊMICAS. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

20. NOBREGA, M . RAQUIANESTESIA: FISIOLOGIA, TÉCNICAS, AGULHAS, INDICAÇÕES, COMPLICAÇÕES. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

21. NOBREGA, M . A ASSEMBLÉIA DE REPRESENTANTES DA SBA: COMPOSIÇÃO, FUNCIONAMENTO, OBJETIVOS, REGRAS DE FUNCIONAMENTO. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

22. NOBREGA, M . OS TESTE3 ESTATÍSTICOS APLICADOS À PESQUISA EM ANESTESIA. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

23. NOBREGA, M . EQUILÍBRIO ÁCIDO-BÁSICO EM ANESTESIA. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

24. NOBREGA, M . SUPORTE BÁSICO DA VIDA, SUPORTE AVANÇADO DE VIDA. ATLS. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

25. NOBREGA, M . UTI: CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E ALTA, OBJETIVOS, UTI NO PÓS-OPERATÓRIO, SEDAÇÃO E ANALGESIA EM UTI. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

26. NOBREGA, M . SUPORTE VENTILATÓRIO: CLASSIFICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE VENTILAÇÃO, MANUSEIO ADEQUADO DE VENTILADORES. 2007. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

27. NÓBREGA, M. S. . CENTRO CIRÚRGICO. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

28. NÓBREGA, M. S. . RAQUIANESTESIA. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

29. NOBREGA, M . O CORAÇÃO: FISIOLOGIA, ECG, FISIOPATOLOGIA DA ICC, DOENÇAS VALVULARES E ISQUÊMICAS. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

30. NOBREGA, M . FISIOLOGIA DA TRANSMISSÃO NEUROMUSCULAR - BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES. BLOQUEIO RESIDUAL. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

31. NOBREGA, M . RAQUIANESTESIA: FISIOLOGIA, TÉCNICAS, AGULHAS, INDICAÇÕES, COMPLICAÇÕES. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

32. NOBREGA, M . A ASSEMBLÉIA DE REPRESENTANTES DA SBA: COMPOSIÇÃO, FUNCIONAMENTO, OBJETIVOS, REGRAS DE FUNCIONAMENTO. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

Instituto GERIR
Fls. 393

33. NOBREGA, M . COORDENADOR DA APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE REVISÃO DOS R1 EM 2006. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

34. **NOBREGA, M** . EQUIPAMENTOS ELÉTRICOS NA SALA DE CIRURGIA: PRINCÍPIOS, ATERRAMENTO, ELETRICIDADE ELÉTRICA ESTÁTICA. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

S. E. S.
Fls: 1968
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

35. **NOBREGA, M** . MONITORIZAÇÃO EM ANESTESIA (CARDIOVASCULAR, RESPIRAÇÃO, RENAL, NEUROMUSCULAR, TEMPERATURA, EEG). 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

36. **NOBREGA, M** . CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPÓREA EM CIRURGIA CARDÍACA - OXIGENADORES ARTIFICIAIS. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

TCE 1983

37. **NOBREGA, M** . HIPERTERMIA MALIGNA - ASPECTOS ATUAIS, PREVENÇÃO. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

38. **NOBREGA, M** . UTI: CRITÉRIOS DE INTERNAÇAO E ALTA, OBJETIVOS, UTI NO PÓS-OPERATÓRIO, SEDAÇÃO E ANALGESIA EM UTI. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

39. **NOBREGA, M** . SUPORTE VENTILATÓRIO: CLASSIFICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE VENTILAÇÃO, MANUSEIO ADEQUADO DE VENTILADORES. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

40. HOGO SOLTZ ; **NÓBREGA, M. S.** ; PAIVA DH ; ONOFRE ALVES NETO . CURARIZAÇÃO RESIDUAL NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA APÓS DOSE ÚNICA DE BNM E DURAÇÃO INTERMEDIÁRIA. 2005. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

41. OLIVEIRA B ; **NÓBREGA, M. S.** ; ONOFRE ALVES NETO . INTUBAÇÃO SELETIVA PÓS-PNEUMOPERITÔNIO - RELATO DE CASO. 2005. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

42. **NÓBREGA, M. S.** . FISIOLOGIA DA TRANSMISSÃO NEUROMUSCULAR - BNM. BLOQUEIORESIDUAL. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

43. **NÓBREGA, M. S.** . RAQUIANESTESIA: FISIOLOGIA,TÉCNICAS,AGULHAS, INDICAÇÕES,COMPLICAÇÕES. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

44. **NÓBREGA, M. S.** . A ASSEMBLÉIA DE REPRESENTANTES DA SBA: COMPOSIÇÃO, FUNCIONAMENTO, OBJETIVOS,REGRAS DE FUNCIONAMENTO. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

45. **NÓBREGA, M. S.** . COORDENADOR DE APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE REVISÃO DOS R1 EM 2006. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

46. **NÓBREGA, M. S.** . EQUIPAMENTOS ELÉTRICOSNA SALADE CIRURGIA: PRINCÍPIOS, ATERRAMENTO, ELETRICIDADE ESTÁTICA. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

47. **NÓBREGA, M. S.** . MONITORIZAÇÃO EM ANESTESIA. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

48. **NÓBREGA, M. S.** . CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPÓREAEM CIRURGIA CARDÍACA - OXIGENADORES ARTIFICIAIS. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

49. **NÓBREGA, M. S.** . HIPERTERMIA MALIGNA - ASPECTOS ATUAIS,PREVENÇÃO. 200S. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

50. **NÓBREGA, M. S.** . UTI -CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E ALTA, OBJETIVOS, UTI NO PÓS-OPERATÓRIO,SADAÇÃO EANLGESIAEM UTI. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

51. **NÓBREGA, M. S.** . SUPORTE VENTILATÓRIO:CLASSIFICAÇÃODAS TÉCNICAS DE VENTILAÇÃO, MANUSEIO ADEQUADODE VENTILADORES. 2005. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

52. OLIVEIRA B ; **NÓBREGA, M. S.** ; ONOFRE ALVES NETO . Anestesia peridural em grávida com estenose aórtica congenita e grave - relato de caso. 2004. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

53. DAHER ZENIO ; **NÓBREGA, M. S.** ; ONOFRE ALVES NETO . Hemorragia pulmonar em grávida submetida a cesariana evoluindo para óbito. 2004. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Instituto GERIR
Fls. 394

54. **NÓBREGA, M. S.** ; DAHER ZENIO ; ONOFRE ALVES NETO . Cesariana em síndrome HELLP, evoluindo para óbito tardio

relato de caso. 2004. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

55. NÓBREGA, M. S.. ATUALIZAÇÃO EM URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

56. NÓBREGA, M. S.. LIDOCAINA NA RAQUI PODE E DEVE SER USADA. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

57. NÓBREGA, M. S.. NÁUSEAS E VÔMITOS EM ANESTESIA REGIONAL. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

58. NÓBREGA, M. S.. O QUE HÁ DE NOVO EM VIA AÉREAS DURANTE A REANIMAÇÃO. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

59. NÓBREGA, M. S.. EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO E ANESTESIA. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

60. NÓBREGA, M. S.. REPOSIÇÃO VOLÊMICA EM ANESTESIA. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

61. NÓBREGA, M. S.. EQUILIBRIO ÁCIDO BÁSICO I E II. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

62. NÓBREGA, M. S.. ANESTESIA EM OBSTETRÍCIA ASPECTOS CLÍNICOS MAIS RELEVANTES. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

63. NÓBREGA, M. S.. PCR EM ANESTESIA - PREVENÇÃO E TRATAMENTO. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

64. NÓBREGA, M. S.. CONCEITO E DIAGNÓSTICO DE MORTE CLÍNICA E CEREBRAL -ASPECTOS MÉDICOS LEGAIS. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

65. NÓBREGA, M. S.. ANESTESIA PARA CIRURGIA DE URGÊNCIA - ESCALA DE GLASGOW - FISIOPATOLOGIA DOPOLITRAUMATIZADO. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

66. NÓBREGA, M. S.. METABOLISMO HIDROELETROLÍTICO. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

67. NÓBREGA, M. S.. FARMACOLOGIA CLÍNICA: METABOLISMO DE DROGAS. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

68. NÓBREGA, M. S.. QUALIDADE EM ANESTESIA: FATORES DE AFERIÇÃO. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

69. NÓBREGA, M. S.. ABOME AGUDO: HEMORRÁGICO,OBSTRUTIVO E INFECCIOSO. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

70. NÓBREGA, M. S.. UTI CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E ALTA, UTI NO PÓS OPERATÓRIO, SEDAÇÃO, E ANALGESIA. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

71. NÓBREGA, M. S.. ANESTESIA E ANALGESIA EM OBSTETRICIA. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

72. NÓBREGA, M. S.. ANTICOAGULANTE E ANESTESIA NONEUROEIXO. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

73. NÓBREGA, M. S.. UTI E CENTRO CIRÚRGICO. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

74. NÓBREGA, M. S.. REPOSIÇÃO VOLÊMICA EM ANESTESIA. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

75. NÓBREGA, M. S.. EQUILÍBRIO ÁCIDO BÁSICO I E II. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

76. NÓBREGA, M. S.. ANESTESIA EM CIRURGIA CARDÍACA DE CONGÊNITOS. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

S. E. S. 1969 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 1984
Instituto GERIR Fls. 395

77. **NÓBREGA, M. S.**. NUTRIÇÃO PARENTERAL - COMPOSIÇÃO,PRINCÍPIOSESUPORTEPERIOPERATÓRIO. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

78. **NÓBREGA, M. S.**. SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - RECEPTORES,REFLEXOS, INTERAÇÃODE RECEPTORES. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

79. **NÓBREGA, M. S.**. UTI -CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO E ALTA, OBJETIVOS, UTI NO PÓS-OPERATÓRIO,SEDAÇÃOE ANALGESIA EM UTI. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

80. **NÓBREGA, M. S.**. ANESTESIA NA GESTANTE CARDIOPATA. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

81. **NÓBREGA, M. S.**. Complicações das Anestesias Peridural e Espinhal. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

82. **NÓBREGA, M. S.**. COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

83. **NÓBREGA, M. S.**. REPOSIÇÃO VOLÊMICA EM ANESTESIA. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

84. **NÓBREGA, M. S.**. EQUILÍBRIO ÁCIDO BÁSICO I E II. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

85. **NÓBREGA, M. S.**. ANESTESIA EM CIRURGIA CARDÍACA DE CONGÊNITOS. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

86. **NÓBREGA, M. S.**. ANESTESIA EM OBSTETRICIA- ASPECTOS IMPORTANTES PARA O ANESTESIOLOGISTA. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

87. **NÓBREGA, M. S.**. ANALGESIA DE PARTO - FISIOLOGIA, TÉCNICAS ANESTÉSICAS. 2002. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

88. ESTEVES E ; NETO EC ; NETO MO ; SALGADO CM ; **NÓBREGA, M. S.**. ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA FEOCROMOCITOMA. 2001. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

89. **NÓBREGA, M. S.**. ASPECTOS OBSTÉTRICOS DA ANALGESIA E ANESTESIA. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

90. **NÓBREGA, M. S.**. AVALIAÇÃO E ANESTESIA PARACIRURGIA NÃO CARDÍACA EMPACIENTES PORTADORES DE CARDIOPATIA ISQUÊMICA. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

91. **NÓBREGA, M. S.**. ENCONTRO COM ESPECIALISTAS- PEQUENOS PROBLEMAS-SOLUÇÕES INTELIGENTES. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

92. **NÓBREGA, M. S.**. PATOLOGIAS ASSOCIADAS: HIPERTENSÃO ARTERIAL, QUANDO E COMO INTERVIR; DIABETES MELLITUS, QUANDO E COMD INTERVIR; UTILIZAÇÃO DE ANTICOAGULANTES, SUSPENDER OU NÃO. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

93. **NÓBREGA, M. S.**. CLASSIFICAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA E INTERPRETAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES- AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDIOVASCULAR. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

94. **NÓBREGA, M. S.**. EQUILIBRIO ÁCIDO BÁSICO I E II. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

95. **NÓBREGA, M. S.**. COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA - PCR. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

96. **NÓBREGA, M. S.**. REPOSIÇÃO VOLÊMICA. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

97. **NÓBREGA, M. S.**. ELETRÓLITOS-FISIOLOGIA E REPOSIÇÃO. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

98. **NÓBREGA, M. S.**. ANESTESIA EM CIRURGIA CARDÍACA DE CONGÊNITOS. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

99. **NÓBREGA, M. S.**. ANESTESIA EM OBSTETRÍCIA- ASPECTOS IMPORTANTES PARA O ANESTESIOLOGISTA. 2001.

Instituto GERIR
Fls. 396

(Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

S. E. S.
Fls. 1971
6
Rubrica

100. NÓBREGA, M. S.. ANALGESIA DE PARTO - FISIOLOGIA, TÉCNICAS ANESTÉSICAS. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

101. NÓBREGA, M. S.. METABOLISMODOS ANESTÉSICOS INALATÓRIOS - TOXICOLOGIA. 2001. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

102. NÓBREGA, M. S. ; PAIVA DH ; RIBEIRO S ; NOBREGA RMFS . Hipotiroidismo associado a insuficiência adrenal em paciente submetido a colectomia de urgência. 2000. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

TCE 1986

103. NÓBREGA, M. S. ; NOBREGA RMFS . Incidência de Doença Hipertensiva Especifica da Gravidez em Unidade de Tratamento Intensivo. 2000. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

104. NÓBREGA, M. S.. A PACIENTE GESTANTE CRÍTICA - DHEG E HELLP SÍNDROME. 2000. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

105. NÓBREGA, M. S.. Anestesia em Obstetrícia. 2000. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

106. NÓBREGA, M. S.. RAQUIANESTESIA. 2000. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

107. NÓBREGA, M. S.. Doenças Hipertensivas da Gravidez: Implicações anestésicas. 1999. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

108. NÓBREGA, M. S.. ANESTESIA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO. 1998. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

109. NÓBREGA, M. S.. AVALIAÇÃO ATUAL DO USO DE MARCAPASSO-PROBLEMAS DE ANESTESIA NOS DIFERENTES TIPOS DE MARCAPASSO. 1997. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

110. NÓBREGA, M. S.. ANESTESIA EM ENDOCRINOPATIAS-DOENÇAS DE SUPRA RENAIS. 1996. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

111. NÓBREGA, M. S.. Insuficiência Renal e Anestesia: Como eu Faço?. 1995. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

112. NÓBREGA, M. S.. Novos conceitos em Anestesia Obstétrica. 1995. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

113. NÓBREGA, M. S.. VIII Encontro Goiás-Brasília de Anestesiologia. 1994. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

114. NÓBREGA, M. S.. ANEURISMA DO VENTRÍCULO ESQUERDO PÓS-INFARTO DO MIOCÁRDIO: ANÁLISE DE 112 PACIENTES OPERADOS. 1989. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Produção técnica

Assessoria e consultoria

1. **NÓBREGA, M. S.**. Membro Consultor da Comissão de Prontuários do Hospital Materno Infantil. 2009.
2. **NÓBREGA, M. S.**. Membro da Comissão de Ética Médica do HC-UFGO. 2008.
3. **NÓBREGA, M. S.**. Membro daComissão de Ética Médica do HC-UFGO. 2007.
4. **NÓBREGA, M. S.**. Membro da comissão de Ética Médica do HC-UFGO. 2006.
5. **NÓBREGA, M. S.**. Membro da Comissão de Ética Médica do HC-UFGO. 2005.
6. **NÓBREGA, M. S.**. Membro Conselheiro da Comissão de Farmacia e Terapêutica do HC-UFGO. 2001.

Instituto GERIR
Fls. 397

S. E. S.
Fls. 1972
6
Rubrica
TCE 1987

Trabalhos técnicos

1. **NOBREGA, M** . Instrutor e Co-Responsável do CET em Anestesiologia do HC UFGO. 2009.
2. **NOBREGA, M** . Instrutor e Co-Responsável do CET em Anestesiologia do HC UFGO. 2008.
3. **NOBREGA, M** . Instrutor e Co-Responsável do CET em Anestesiologia do HC UFGO. 2007.
4. **NOBREGA, M** . Instrutor e Co-Responsável do CET em Anestesiologia do HC UFGO. 2006.
5. **NOBREGA, M** . Instrutor e Co-Responsável do CET em Anestesiologia do HC UFGO. 2005.
6. **NOBREGA, M** . Instrutor e Co-Responsável do CET em Anestesiologia do HC UFGO. 2004.
7. **NOBREGA, M** . Instrutor e Co-Responsável do CET em Anestesiologia do HC UFGO. 2003.
8. **NOBREGA, M** . Instrutor e Co-Responsável do CET em Anestesiologia do HC UFGO. 2002.
9. **NOBREGA, M** . Instrutor e Co-Responsável do CET em Anestesiologia do HC UFGO. 2001.
10. **NOBREGA, M** . Monitor Concursado de Microbiologia da UFPB. 1984.

Demais tipos de produção técnica

1. **NÓBREGA, M. S.** . Coordenador de Unidade de Terapia Intensiva. 2008. (Coordenador de Unidade de Terapia Intensiva).
2. **NÓBREGA, M. S.** . Via Áerea Difícil -Instrutor. 2007. .
3. **NÓBREGA, M. S.** . COORDENADOR DE UTI´S, CENTRO CIRÚRGICO E HEMODINÂMICA. 2006. (COORDENADOR).
4. **NÓBREGA, M. S.** . COORDENADOR DE UTI´S, CENTRO CIRÚRGICO E HEMODINÂMICA. 2005. (COORDENADOR).
5. **NÓBREGA, M. S.** . COORDENADOR DE UTI´S, CENTRO CIRÚRGICO E HEMODINÂMICA. 2004. (COORDENADOR).
6. **NÓBREGA, M. S.** . SAVA Suporte avançado de vida em anestesiologia. 2003. .
7. **NÓBREGA, M. S.** . SAVA Suporte avançado de vida em anestesiologia. 2003. .
8. **NÓBREGA, M. S.** . SAVA Suporte avançado de vida em anestesiologia. 2003. .
9. **NÓBREGA, M. S.** . COORDENADOR DE UTI´S, CENTRO CIRÚRGICO E HEMODINÂMICA. 2003. (COORDENADOR).
10. **NÓBREGA, M. S.** . Coordenador de UTI´s, centro Cirúrgico e Hemodinâmica. 2002. (Coordenador).

Bancas

Participação em bancas de trabalhos de conclusão

Instituto GERIR
Fls. 398

Trabalhos de conclusão de curso de graduação

1. **NÓBREGA, M. S.**. Participação em banca de Watanabe, R.Sedação Consciente em Odontologia. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em ODONTOLOGIA) - Universidade Federal de Goiás.

Participação em bancas de comissões julgadoras

S. E. S.
Fls: 1973
Rubrica

Outras participações

1. **NÓBREGA, M. S.**. OBSERVADOR SILENTE DA PROVA ORAL PARA MEMBRO ATIVO. 2005. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA.

2. **NÓBREGA, M. S.**. OBSERVADOR SILENTE DA PROVA ORAL PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO SUPERIOR. 2005. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA.

TCE 1988

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA INTENSIVA. 2008. (Congresso).
2. 1a Jornada de Anestesiologia do Estado de Goiás e XIII Encontro Goiás-Brasília. 2008. (Encontro).
3. 54o Congresso Brasileiro de Anestesiologia. Via Áerea Difícil -Instrutor. 2007. (Congresso).
4. 54o Congresso Brasileiro de Anestesiologia. Sessão de Tema Livre - Poster. 2007. (Congresso).
5. XII CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA INTENSIVA. 2006. (Congresso).
6. 4a JOTRAHC.Coordenado do Serviço de Anestesiologia. 2006. (Outra).
7. 9th CONGRESS OF THE WORLD FEDERATION OF SOCIETIES OF INTENSIVE CARE MEDICINE. 2005. (Congresso).
8. 52o CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA. 2005. (Congresso).
9. 39a Jornada Paulista de anestesiologia. 2005. (Outra).
10. 29a Jornada Norte Nordeste de anestesiologia. 2005. (Outra).
11. 13th world congress of anaesthesiologists. 2004. (Congresso).
12. 7o simpósio Pan-Americano de Anestesia Regional - LASra.Discussão de Caso Clínico. 2004. (Simpósio).
13. 50o CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA. Coordenador de Temas Livres. 2003. (Congresso).
14. XXXIV Jornada de Anestesiologia do Brasil Central. 2003. (Outra).
15. 37a Jornada de anestesiologia do Sudeste Brasileiro. 2003. (Outra).
16. 49 Congresso Brasileiro de anestesiologia. 2002. (Congresso).
17. XXVI Jornada Norte Nordeste de Anestesiologia. 2002. (Outra).
18. 36a Jornada Paulista de Anestesiologia. 2002. (Outra).
19. 48 Congresso Brasileiro de anestesiologia. 2001. (Congresso).
20. I Congreso Brasileiro de Catarata e Cirurgia Refrativa. Painel Ético-Juridico. 2001. (Congresso).

Instituto GERIR
Fls. 399

21. I Congreso Brasileiro de Catarata e Cirurgia Refrativa. Coordenado do Curso de anestesia Oftálmica. 2001. (Congresso).

22. 1st International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine for Latin america. 2001. (Simpósio).

23. 36a Jornada Sul-Brasileira de Anestesiologia. 2001. (Outra).

24. XXV Jornada Norte Nordeste de Anestesiologia. 2001. (Outra).

25. 8a Teoria e Prática da anestesia Regional e do controle da Dor. 2001. (Outra).

26. 35a Jornada de anestesiologia do Sudeste Brasileiro. 2001. (Outra).

27. 47 Congresso Brasileiro de anestesiologia. 2000. (Congresso).

28. 34a Jornada de anestesiologia do Sudeste Brasileiro. 2000. (Outra).

29. XXXIV Jornada Norte Nordeste de Anestesiologia. 2000. (Outra).

30. 34a Jornada Paulista de Anestesiologia. 2000. (Outra).

31. XXXI Jornada de Anestesiologia do Brasil Central. 2000. (Outra).

32. 33a Jornada Paulista de Anestesiologia. 1999. (Outra).

33. XXX Jornada de Anestesiologia do Brasil Central. 1999. (Outra).

34. 23a Jornada Norte Nordeste de anestesiologia. 1999. (Outra).

35. XXXIII Jornada de Anestesiologia do Sudeste Brasileiro. 1999. (Outra).

36. 34a Jornada Sul-Brasileira de Anestesiologia. 1999. (Outra).

37. 45o Congresso Brasileiro de anestesiologia. 1998. (Congresso).

38. 43o Congresso Brasileiro de anestesiologia. 1996. (Congresso).

39. XIII Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil Central. Anestesia na Gestante Hipertensa. 1996. (Congresso).

40. XII Encontro Brasília-Goiás. 1996. (Encontro).

41. XXVI Jornada de Anestesiologia do Brasil Central. 1995. (Outra).

42. XLI CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA. 1994. (Congresso).

43. Simpósio Internacional em Hipertensão Arterial e Insuficiência Cardíaca. 1991. (Simpósio).

44. Curso Introdução à Anestesiologia.Anestésicos Inalatórios. 1991. (Outra).

45. I Encontro de Anestyesiologia Pediátrica. 1990. (Encontro).

46. XIII CONGRESSO INTERAMERICANO DE CARDIOLOGIA. 1989. (Congresso).

47. Simpósio Internacional Aterosclerose. 1989. (Simpósio).

48. I Jornada de Estudos dos Bolsistas do ICAVC. 1987. (Outra).

49. I Simpósio Norte/Nordeste de D.S.T.. 1986. (Simpósio).

50. Congresso médico do IV Centenário da Paraiba. 1985. (Congresso).

S. E. S.
Fls. 1974
Rubrica
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÃO

TCE 1989

Instituto GERIR
Fls. 400

51. XV Congresso médico Estadual da Paraiba. 1984. (Congresso).

52. XIV Congresso médico Estadual da Paraiba. 1983. (Congresso).

53. I Seminário de Urgência Médicas. 1983. (Seminário).

TCE 1990

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **NOBREGA, M** . III Congresso Centro-Oeste de Medicina Intensiva. 2009. (Congresso).

2. **NÓBREGA, M. S.** . 52o Congresso Brasileiro de Anestesiologia. 2005. (Congresso).

3. **NÓBREGA, M. S.** . II CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA DA SOTIEGO. 1999. (Outro).

Orientações

Orientações e supervisões em andamento

Orientações de outra natureza

1. Valdblan Ricardo de Freitas. Variação dos Custos em Anestesia no HC-UFGO. Início: 2009. Orientação de outra natureza. hospital das clinicas da ufgo. (Orientador).

2. Tiago Ribeiro. Anestesia para Dilatação Esofágica em Crianças - Extubação em Plano anestésico versus Acordada. Início: 2009. Orientação de outra natureza. hospital das clinicas da ufgo. (Orientador).

3. Frederico Bressan. Implantação de Protocolo de Tratamento de Dor Aguda no HC-UFGO. Início: 2009. Orientação de outra natureza. hospital das clinicas da ufgo. (Orientador).

4. Nelson Tribbis. Anestesia Geral Balanceada versus Anestesia Geral Venosa Total para Estapedotomias:Comparação de Custos. Início: 2009. Orientação de outra natureza. hospital das clinicas da ufgo. (Orientador).

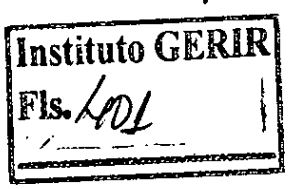
Orientações e supervisões concluídas

Orientações de outra natureza

1. CHRISLAYNNE FLORÊNCIO DE SOUSA. O USO PRÉ-OPERATÓRIO OA GABAPENTINA OIMINUI A DOR PÓS-OPERATÓRIA EM COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL?. 2007. Orientação de outra natureza. (RESIDÊNCIA MÉDICA) - hospital das clinicas da ufgo. Orientador: Marciano de Sousa Nóbrega.

2. SESSIM J SASSINE. CARACTERIZAÇÃO DOS ANESTESIOLOGISTAS DE GOIÂNIA. 2005. Orientação de outra natureza - hospital das clinicas da ufgo. Orientador: Marciano de Sousa Nóbrega.

3. HUGO SOLTZ. CURARIZAÇÃO RESIDUAL NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA APÓS DOSE ÚNICA DE BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR DE OURAÇÃO INTERMEOIÁRIA. 2005. Orientação de outra natureza - Universidade Federal de Goiás. Orientador: Marciano de Sousa Nóbrega.



S. E. S.
Fls: 1976
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 1991

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

CERTIDÃO

Certifico, para os devidos fins, que o **Dr. MARCIANO DE SOUSA NOBREGA** encontra-se inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, sob o número 6306, desde 05/10/1993, estando quite com o exercício de 2013 e habilitado legalmente para o exercício da medicina, tendo registrada como especialidade primária **Anestesiologia** possuindo também outras especialidades registradas.

Goiânia, 04 de dezembro de 2013

Certidão emitida no dia 04 de dezembro de 2013. Válida até o dia 02 de fevereiro de 2014.

Esta certidão é expedida gratuitamente. Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do Portal Médico, na Internet, no endereço: http://www.portalmedico.org.br, por meio do código **ZVGUYD.**

Instituto GERIR
Fls. 402

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

O Reitor da PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, no uso de suas atribuições, tendo presente o título de Mestre, conferido pelo presidente da banca examinadora da defesa pública, em 14 de maio de 2012, a

Marciano de Sousa Nóbrega,

brasileiro, nascido em Patos – PB, em 31 de dezembro de 1964, cédula de identidade n. 792291 – 2.VIA – SSP/PB, por ter concluído o curso de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, integrante do Sistema Nacional de Pós-Graduação, outorga-lhe o presente diploma de

MESTRE EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas concedidos a este título pelas leis da República Federativa do Brasil.

Goiânia, 01 de outubro de 2012.

Prof. Wolmir Thorezio Amado
Reitor

Profa. Sandra de Faria
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

Diplomado

Instituto GERIR
Fls. 103

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

TE 1992

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - PROPE
Coordenação de Pós Graduação Stricto Sensu - CPGSS

Título: Mestre em Ciências Ambientais e Saúde
Área de Concentração: Ciências Ambientais e Saúde

Reconhecimento do Programa: REP/CAN/CTC/167, D.O.U. de 23 de dezembro de 2004.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Reconhecida pelo Decreto n. 47.041 de 17/10/1959
Aditamento como PUC Goiás conforme Portaria N.1.747, de 23/12/2009.

Diploma registrado sob n. 1378.
Processo n. PROPE/GAB-02-2012-149.
Nos termos do Art. 48 da Lei n. 9.394, de 20/12/96.

Goiânia, 01 de outubro de 2012.

Profa. Dra. Ana Christina Sanches
Coordenadora de Pós-Graduação *Stricto Sensu*

Glenda Alves e Silva Oliveira
Secretária de Pós-Graduação *Stricto Sensu*

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA - Tabelia
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (062) 3215-8998
0201311071040026006333 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/se/o
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. *37507D0024*
Goiânia, 04 de dezembro de 2013.
Artal Cavalcante de Assunção - Escrevente

1º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

007159

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (062) 3215-6998
1207131107104002600933 4 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/ee'o
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *375054 *0024*
Goiânia, 04 de dezembro de 2013.
Artal Cavalcanta de Assunção - Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

Título Superior em Anestesiologia

Ao Dr. ***Marciano de Souza Nóbrega***

é conferido o Título Superior em Anestesiologia por ter sido aprovado em concurso de títulos e provas, segundo as normas estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Rio de Janeiro, 07 de novembro de 1993.

1993

Presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
Dr. Icaro Roldão Chaves de Barros

Secretário-Geral da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
Dr. Sylvio Valença de Lemos Neto

S. B. E. 1918

Instituto GERIR
Fls. 404

FACULDADE REDENTOR

Credenciamento: Portaria nº 666/MEC, de 07/03/02

CERTIFICADO

O Gerente Nacional de Pós–Graduação da Faculdade Redentor confere *a* ***Marciano de Sousa Nóbrega*** o certificado de conclusão do curso de capacitação em **Terapia Intensiva**, com carga horária de **180 horas,** realizado no período de **12 de Novembro de 2011 a 18 de Novembro de 2012 ,** ministrado pela Faculdade Redentor, no município de Goiânia/GO.

Itaperuna / RJ, 10 de dezembro de 2012.

Roberto Genevez Freitas
Gerente Nacional de Pós-Graduação

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA - Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (062) 3215-6998
020213110710400260008332 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/se/o
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. *375078*0024*
Goiânia, 04 de dezembro de 2013.
Arial Cavalcante de Assunção - Escrevente

Tabelionato de Notas
Arial Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

Instituto GERIR
Fls. 195

S. E. U.
Fls. 1979
76

RE 1994

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

CERTIFICADO

Certificamos para fins Curriculares que

DR. MARCIANO DE SOUSA NOBREGA

Participou da Diretoria da AMIB – Biênio 2008-2009 na qualidade de:

Membro da Comissão de Defesa Profissional

São Paulo, 01 de Janeiro de 2.008.

Dr. Ederlon Rezende
1º Secretário

Dr. Álvaro Réa Neto
Presidente da AMIB

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (062) 3215-8998
020213110710400260009331 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/se
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. *375078*0024*
Goiânia, 04 de dezembro de 2013.
Artal Cavalcante de Assunção - Escrevente
2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS
Instituto GERIR
Fls. 406
JUL 1995

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA - Tabeliã
Rua João de Abreu, 157 - Setor Oeste - Goiania - GO - Fone: (062) 3215-8998
-020713110710400260009330 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. *375056*0024*
Goiânia, 04 de dezembro de 2013.
Artal Cavalcante de Assunção - Escrevente

2º Tabelionato de Notas
Artal Cavalcante de Assunção
Escrevente
Rua João de Abreu Nº 157 - Setor Oeste
GOIÂNIA - GOIÁS

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

VALIDADE: 5 ANOS

Credencial

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia confere ao(a) Dr.(a) **Marciano de Sousa Nóbrega** Credencial de Corresponsável de Centro de Ensino e Treinamento desta Sociedade, conforme o Regulamento dos Centros de Ensino e Treinamento.

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2013

Dr. Ricardo Almeida de Azevedo
Secretário Geral da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Dr. Airton Batatini
Presidente da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Instituto GERIR
Fls. 107

TCE 1996

TCE 1997

Neusilma Rodrigues

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9483303937374254
Última atualização do currículo em 04/03/2013

S. E. S.
Fls: 1982
Rubrica

Possui graduação em ENFERMAGEM OBSTETRICIA pela Universidade Católica de Goiás (2001). Atualmente Diretora de Enfermagem do Hospital de Urgência e Emergência de Goiânia - HUGO. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Neusilma Rodrigues
Nome em citações bibliográficas	RODRIGUES, N.

Endereço

Endereço Profissional	SECRETARIA DE SAUDE DE GOIAS, GERENCIA DE SUPRIMENTOS. RUA 26 Nº 10 STO. ANTONIO 74853-070 - Goiania, GO - Brasil Telefone: (062) 32014955 Fax: (062) 32014958 URL da Homepage: xxxxx

Formação acadêmica/titulação

2004 - 2005	Especialização em MBA - EXECUTIVO DA SAUDE. (Carga Horária: 460h). Universidade Castelo Branco, UCB/RJ, Brasil. Título: COMPETENCIA PROFISSIONAL NA AREA DA SAUDE. Orientador: ROBISON TENORIO.
2002 - 2003	Especialização em FORMAÇÃO EDUCACIONAL NA AREA SA SAUDE. (Carga Horária: 360h). Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil. Título: COMO ELABORAR UM PROJETO PEDAGOGICO. Orientador: IDA KUROKI BORGES. Bolsista do(a): FUNDAÇAO OSVALDO CRUZ.
2002 interrompida	Especialização interrompida em 2002 em DOCENCIA DO ENSINO SUPERIOR. (Carga Horária: 360h). Universidade Cândido Mendes, UCAM, Brasil. Título: SEM CONCLUSAO. Ano de interrupção: 2002
1997 - 2001	Graduação em ENFERMAGEM OBSTETRICIA. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Brasil. Título: PARTO HUMANIZADO. Orientador: ISOLINA RIOS.
1997 - 2001	Curso técnico/profissionalizante. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Brasil.

Instituto GERIR
Fls. 408

Formação Complementar

2004 - 2005	MBA em MBA - EXECUTIVO DA SAUDE. (Carga Horária: 360h). Universidade Castelo Branco, UCB/RJ, Brasil.

2002 - 2002	ATLS. (Carga horária: 48h). SIATE.

1998
S. E. S.
Fls: 1983
6
Rubrica

Atuação Profissional

HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIANIA.

Vínculo institucional

2012 - Atual	Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Diretora de Enfermagem, Carga horária: 40

Vínculo institucional

2002 - 2012	Vínculo: , Enquadramento Funcional: CHEFE DA UNIDADE DE TRAUMATOLIGIA, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Universidade Salgado de Oliveira.

Vínculo institucional

2006 - Atual	Vínculo: Celetista formal, Enquadramento Funcional: Supervisor, Carga horária: 36

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE GOIAS.

Vínculo institucional

2006 - Atual	Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: ENFERMEIRA, Carga horária: 30
Outras informações	Atua na área de gestão, processos licitatórios, gestão de estoque etc...

Áreas de atuação

1.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM.
2.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: EMERGENCIAS CLINICAS E TRAUMATICAS.
3.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem de Saúde Pública.
4.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: ENFERMAGEM EM TRAUMATOLOGIA.
5.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem Obstétrica.
6.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: GESTAO EM ENFERMAGEM.

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. Conselho de Processos Éticos - COREN-GO.Membra do Conselho de Processos Éticos. 2012. (Encontro).

Instituto GERIR
Fls. 409

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **RODRIGUES, N.** . Coordenadora Geral do EREEN. 2000. (Outro).

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

O REITOR DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,

no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de

ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA

e a outorga do grau de ENFERMEIRA, em 20 de fevereiro de 2002, a

Neusilma Rodrigues,

brasileira, nascida em Estrela do Norte – Estado de Goiás, em 05 de março de 1963,

cédula de Identidade n. 1.409.690-DGPC/GO,

confere-lhe o presente diploma.

Goiânia, 15 de agosto de 2002.

Prof. Marisvaldo Cortez Amado
Reitor

Prof. Luiz de Gonzaga Vieira
Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos

Rodrigues
Diplomada

AUTENTICAÇÃO - Cartório Indio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº 155 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 12 de Dezembro de 2013.
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026399666.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE

Instituto GERIR
Fls. 490

S. E. S. G.
Fls. 1984
26

TCE 1999

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - UCG
Reconhecida pelo Decreto n. 47.041 de 17/10/59
Secretaria Geral

Diploma registrado nos termos do § 1. do art. 48 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Registro n. 2.269

Livro n. 09-Enf. Folha n. 045-v

Processo n. 1.638/2002-SG/SEDOC/SRD

Data do Registro: 15/08/2002.

Luciola Linhares Siiva Soares Correia
Secretária Geral

Curso de Enfermagem e Obstetrícia - Habilitação em **Enfermagem Obstétrica.** Reconhecido peio Decreto n. 15.495 de 09/05/1944.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - UCG
Secretaria Geral

APOSTILA

LICENCIATURA PLENA

Colação de Grau, 20/02/2002.

Livro n. 09-Enf. Folha n. 045-v

Data da Apostiia: 15/08/2002.

Luciola Linhares Siiva Soares Correia
Secretária Geral

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
Registro Nº 110320
Nome [illegible]
Quadro I Categoria Enfermeiro
Livro [illegible] Pag. 122 Em 23/06/04
[illegible] PRESIDENTE

026252

AUTENTICAÇÃO - Cartório Indio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº 1155 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 12 de Dezembro de 2013. ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026399669.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

TCE 2000

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

GERIR

SUS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS

S. E. S.
Fls. 1985
Rubrica

Atestado de Experiência e Capacidade Técnica

Atestamos para os devidos fins que, **Vilma Soares da Silva, Administradora**, inscrita no **CRA-GO/TO de Nº. 11797**, participa da Administração e Gerenciamento da Unidade de Recursos Humanos do Hospital de Urgências de Goiânia, desde 1992.

Possui experiência na gestão e processos inerentes a área de recursos humanos, recrutamento e seleção, administração de pessoal, desenvolvimento de recursos humanos.

O Hospital de Urgências de Goiânia possui **305 leitos**, éreferência no Planalto Central, e atende todo o Centro-Oeste e outros Estados, sendo todos os seus leitos dedicados exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os serviços são prestados com excelência, qualidade e de acordo com os objetivos e prazos pré-estabelecidos, bem como de forma ética e sigilosa.

Atestamos ainda que sempre foram demonstradas a eficiência e a credibilidade dos trabalhos apresentados.

5º TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 3 - Nº 347 - SETOR CENTRAL
CEP: 74030.065 - FONE: 62 3223-1814
02051308091205023056622 - Consulta em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Reconheço por semelhança a assinatura de KARLA AZEREDO RAMOS DE CASTRO. Dou fé. Em Testº da Verdade.
Goiânia-GO, 25/11/2013 17:50:12h,cs189050 0025
Cláudio Silva Angelo de Menezes Escrevente

Atenciosamente,

5º OFÍCIO

Goiânia, 22 de novembro de 2013.

Sra. Karla Azeredo Ramos de Castro
Diretora Administrativa - HUGO

Av. 31 de março, esq. C/5ª Radial, s/n Setor Pedro Ludovico – Goiânia/Goiás.

*Fone: (0**62) 3201-xxxx– 3201-xxxx*
E-mail: hugo.xxxxxx@gerir.org.br

Instituto GERIR
Fls. 411

TCE 2001

Vilma Soares da Silva

Brasileira, solteira, 41 anos
Rua C-34, Qd. 14 Lt. 02, apto 402 – Residencial Samuel Resende
Jardim América - Goiânia - Goiás
Telefone: (62) 3286-4145 (62) 8413-2383 / E-mail: vilmasoares2@hotmail.com

- Graduado em Administração de Empresas. PUC-GO, conclusão em 2002.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- **1987-1989 – Supermercados Passe Bem**

Cargo: Caixa/Supervisor.
Principais atividades: Registro de mercadorias

- **1990-1991 – Prodatec**

Cargo: Digitador

Principais atividades: Compensação de Cheques, análise e envio de dados. Pela empresa Prodatec, prestei serviços na extinta Caixego, na cidade de Alvorada do Norte, na compensação de cheques e registro de dados de agências da Caixego do norte do norte goiano.

- **1991 – até a presente data – Hospital de Urgências de Goiânia**

Cargo: Assessor Especial E

Função Atual: Diretora de Recursos Humanos

Principais Atividades: Assessoria aos Diretores do Hospital e Dirigentes do Instituto de Gestão em Saúde/GERIR, recrutamento e seleção, coordenação da administração de pessoal, elaboração de documentos internos e externos, fechamento do consolidado mensal da folha de pagamento, controle de frequência (2000 funcionários), elaboração e cálculo do prêmio de incentivo, inclusão de dados de funcionários (concursados, comissionados e temporários), elaboração de escalas de trabalho, fazer interface entre Hospital, RH, AGEPOS e Folha de Pagamento da Secretaria de Estado da Saúde, identificação funcional, residentes e estagiários, interface entre Hospital e o serviço de contabilidade contratada pelo Instituto GERIR, rotinas de departamento pessoal em geral, dentre outras atividades inerentes ao cargo

QUALIFICAÇÕES E ATIVIDADES PROFISSIONAIS

- Elaboração de Projetos
- Informática Básica
- Melhoria da Gerência Pública
- Redação Técnica

Goiânia, Dezembro de 2013

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

O Reitor da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,

no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de

ADMINISTRAÇÃO

e a outorga do grau de BACHAREL, em 21 de fevereiro de 2003, a

Vilma Soares da Silva,

brasileira, nascida em Nova América – Estado de Goiás, em 08 de maio de 1972,

cédula de identidade n. 1.731.314-SSP/GO,

confere-lhe o presente diploma.

Goiânia, 24 de março de 2009.

Prof. Wolmir Thereu Amado
Reitor

Prof. Helenides Mendonça
Pró-Reitora de Graduação

Diplomada

Instituto GERIR
Fls. 413

DE 2002

AUTENTICAÇÃO - Cartório Indio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº 1155 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 12 de Dezembro de 2013.
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026399667.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE

SOOS 20

22578

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - UCG
Reconhecida pelo Decreto n. 47.041 de 17/10/1959
Secretaria Geral

Diploma registrado nos termos do § 1º do art. 48 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

Registro n. 10179

Processo n. 0240/2009-SG/SEDOC/SRD

Data do Registro: 24/03/2009.

Lucíola Linhares Silva Soares Correia
Secretária Geral

Curso de Administração. Reconhecido pelo Decreto n. 77.556 de 06/05/1976.

AUTENTICAÇÃO - Cartório Indio Artiaga - Setor Oeste - Rua 09, nº 1155 - CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU FÉ. Goiânia, 12 de Dezembro de 2013. ROBSON FERREIRA RAMOS, ESCREVENTE
AUTENTICAÇÃO. Selo Digital nº02041305081243026399668.
Confirme a Autenticidade do selo no site: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

TCE 2003

S. E. S.
Fls: 1988
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

CURRÍCULO

Adilson Usier Leite
Brasileiro
Casado
Natural de: Guararema – SP
Filiação: Athayde de Siqueira Leite e Alva Usier Leite
Endereço: Rua T-29, nº 119 AP: 1401, Residencial Serra Mar, Setor Bueno.
Tel(s): 62 8433-9796
E-mail: adilsonuleite@gmail.com

Resumo Profissional

Principal Executivo de Empresas nos seguimentos Hospitalares desde o ano de 1969.

Formação Acadêmica

01. Administração Hospitalar para Graduados
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (FACULDADE SÃO CAMILO).
São Paulo, Dezembro 1973

Formação Complementar

01. Curso de Administração Financeira de Hospitais
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (FACULDADE SÃO CAMILO).
São Paulo, 17 de outubro a 26 de novembro de 1974

02. Curso: Unidade de Tratamento Intensivo
Associação Paulista de Hospitais
São Paulo, 20 de novembro de 1975

03. Curso de Marketing Hospitalar
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (FACULDADE SÃO CAMILO).
São Paulo, 18 de agosto a 27 de outubro de 1975

04. Curso de: Atualização em Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares (FACULDADE SÃO CAMILO).
São Paulo, 08 a 12 de setembro de 1975

Experiência Profissional

01. Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes
São Paulo

Instituto GERIR
Fls. 414

S. E. S.
Fls: 1999
6

Cargo: Gerente/Administração Hospitalar
Período: 01/12/1969 a 17/09/1977

02. Santa Casa de Misericórdia de Suzano
São Paulo
Cargo: Diretor Administrativo
Período: 01/12/1974 a 18/07/1975

03. Hospital João XXIII S/A
São Paulo
Cargo: Gerente Administrativo
Período: 19/09/1977/ a 02/01/1978

04. Hospital e Maternidade Modelo Tamandaré S/A
São Paulo
Cargo: Gerente Administrativo
Período: 03/01/1978 a 05/10/1979

05. Hospital Regional e Maternidade São Lucas
São Paulo
Cargo: Administrador Hospitalar
Período: 01/03/1982 a 30/07/1982

06. União Social Camiliana
São Paulo
Cargo: Consultor Hospitalar
Período: 02/02/1987 a 01/02/1989

07. Hospital Regional do Sul de Minas
Varginha - Minas Gerais
Administrador Técnico / Financeiro
Período: 01/02/1989 a 04/01/1995

08. Fundação Hospitalar do Município de Varginha – FHOMUV
Varginha - Minas Gerais
Cargo: Diretor Superintendente
Período: 01/01/1993 a 30/10/1993

09. Novo Horizonte Hospitalar LTDA
Minas Gerais
Varginha - Cargo: Diretor Administrativo / Financeiro
Período: 01/08/1994 a 12/02/1996

10. Hospital Regional do Sul de Minas
Varginha - Minas Gerais
Cargo: Consultor Hospitalar
Período: 04/05/1995 a 10/01/1997

11. Hospital e Maternidade Santa Clara LTDA
Uberlândia - Minas Gerais
Cargo: Administrador Hospitalar

Instituto GERIR
Fls. 415

S. E. S.
Fls: 1990
6
Rubrica

Período: 01/08/1997 a 31/10/1998

12. Instituto de Neurologia de Goiânia LTDA
Goiânia
Cargo: Administrador Hospitalar
Período: 17/12/1998 a 31/10/2013

Obs:
No período de 2002 a 2005, Consultor Hospitalar no Hospital das Clínicas da UFG, e Hospital Lúcio Rebelo, Goiânia e Hospital Evangélico de Anápolis.

De 2006 a 2009, nomeado pelo Juíz da 10° vara, (Dr. Gilmar Luiz Coelho), Administrador Judicial junto ao Hospital Urológico de Goiânia.

Cargos Administrativos

01. FHOMUV, Fundação Hospitalar do Município de Varginha - Diretor Superintendente, 1993;
02. AHMG, Associação de Hospitais de Minas Gerais – Membro do Conselho Diretor, 1996;
03. FEHOESG, Federação dos Hospitais do Estado de Goiás - Secretário Geral, 2009-2012;
04. SINDHOESG, Sindicato dos Hospitais do Estado de Goiás – Suplente, 2009-2012;
05. AHEG, Associação dos Hospitais do Estado de Goiás – Secretário Geral, 2009-2012;
06. AHEG, Associação dos Hospitais do Estado de Goiás – Diretor da Área de Hospitais, 2012-2015;
07. AHPACEG, Associação dos Hospitais Privados – Secretário Geral, 2009-2012;
08. FBAH, Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – Sócio Efetivo, 2006 a atual;

Participação em Eventos/Congressos

I Simpósio Brasileiro de Administração Hospitalar
Promoção: Colégios Brasileiro de Administradores Hospitalares, em 5 de maio de 1973

IV Convenção Paulista de Hospitais
Promoção: Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, em 20 e 21 de setembro de 1973

XXII Jornada Paulista de Administração Hospitalar
Promoção: Associação Paulista de Hospitais, de 19 a 22 de novembro de 1975

V Convenção Paulista de Hospitais
Promoção: Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, de 28 a 30 de setembro de 1977
Qualidade: Representante do FUNDO SANCIL DE APOIO A CIÊNCIA

Instituto GERIR
Fls. 416

S. E. S.
Fls. 1991
6
Rubrica
COMISSÃO

IV Convenção dos Hospitais do Estado de São Paulo
Promoção: Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, de 18 a 20 de outubro de 1978
Qualidade: Representante do Hospital e Maternidade Modelo Tamandaré

II Congreso Sud-Amaricano de Administracion Hospitalaria e II Congreso Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud
Promoção: Universidad Mayor de la Republica Oriental del Uruguay, de 26 a 30 de novembro de 1978.
Qualidade: Congressista

III Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar
Promoção: Colégio Brasileiro de Administradores da Saúde, de 14 a 17 de maio de 1979

XII Congresso Nacional de Processamento de Dados – SUCESU
Qualidade: Participante do Seminário Médico Hospitalar, 08 a 12 de outubro de 1979

X Convenção da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo
Promoção: Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, de 25 a 27 de Setembro de 1985

I Encontro de Secretários e Diretores Municipais de Saúde
Promoção: Prefeitura Municipal de Três Pontas, Departamento Municipal de Saúde, em 30 de setembro de 1989
Qualidade: Participante

I Conferência Municipal de Saúde do Sul de Minas, II Encontro de Administradores Hospitalares e II encontro de Secretários e Diretores Municipais de Saúde, 27 e 28 de junho de 1991
Qualidade: Debatedor/Tesoureiro

XIII Encontro Mineiro de Hospitais
Promoção: Associação de Hospitais de Minas Gerais, de 20 a 22 de maio de 1992
Qualidade: Coordenador do tema: CUSTOS HOSPITALARES

XIII Encontro Mineiro de Hospitais
Promoção: Associação de Hospitais de Minas Gerais, de 20 a 22 de maio de 1992
Qualidade: Palestrante do tema: DISTRIBUIÇÃO DE COTAS DE AIH E FUNCIONAMENTO DA UNIDADEDE COBERTURA AMBULATORIA – UCA – "VISÃO DOS HOSPITAIS"

I Jornada Sul Mineira de Medicina Legal
Promoção: Associação Médica de Virginha e Faculdade de Direito de Virginha, em 25 e 26 de setembro de 1992

Instituto GERIR
Fls. 417

S.E.S.
Fls. 1992
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 2007

Qualidade: Assistente

I Conferência Municipal de Saúde de Varginha
Promoção: Prefeitura Municipal de Varginha, Secretaria e Conselho Municipal de Saúde, 29 e 30 de abril e 01 de maio de 1993

IV Congresso Internacional das Misericórdias e VII Congresso Nacional das Santas Casas e Entidades Filantrópicas do Brasil
Promoção: FEMICE – Federação das Misericórdias do Estado do Ceará com patrocínio da CIM – Confederação Internacional das Misericórdias, CMB – Confederação das Misericórdias do Brasil e apoio da União das Misericórdias Portuguesas, de 27 a 30 de outubro de 1993

II Jornada de Doenças Infecto-Contagiosas e uso de Antimicrobianos
Promoção: Associação Médica de Varginha de 08 a 10 de dezembro de 1994

XV Encontro Mineiro De Hospitais
Promoção: Associação de Hospitais de Minas Gerais, de 16 a 18 de outubro de 1996.
Qualidade: Participante

XV Encontro Mineiro De Hospitais
Promoção: Associação de Hospitais de Minas Gerais, 17 de outubro de 1996.
Qualidade: Secretário na Conferência sobre o tema: NOB96 – Normas do SUS em relação a prestação de serviços.

I Congresso Goiano de Administração Hospitalar
Promoção: Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de Goiás, 20 e 21 de setembro de 2001
Qualidade: Congressista

IX Congresso Goiano de Hospitais e I Encontro Goiano de Administradores Hospitalares
Promoção: Associação dos Hospitais do Estado de Goiás e Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás, de 26 a 28 de abril de 2001.

XI CONAD – Congresso Nacional de Administração
Tema: Administração e Educação: O caminho para o Desenvolvimento
Promoção: Sindicato dos Administradores de Goiânia, com apoio do dos Conselhos, Federal e Regional de Administração, 21 a 23 de setembro de 2006.

XII CONAD – Congresso Nacional de Administração
Tema: Administração e Educação: O caminho para o Desenvolvimento
Promoção: Sindicato dos Administradores de Goiânia, com apoio do dos Conselhos, Federal e Regional de Administração, 20 a 22 de setembro de 2007.

Instituto GERIR
Fls. 418

S. E. S.
Fls: 1993
6
Rubrica

II Simpósio – Gestão de Hospitais Privados e suas Tendências Frente ao Mercado Concorrente
Promoção: Associação dos Hospitais Privados de Alta Complexidade do Estado de Goiás, 15 de dezembro de 2009.

Prêmios e Títulos

Agradecimento por Aulas proferidas sobre o Tema: NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA INTERNAÇÃO DE UM PACIENTE HORPITALAR
Promovido por: Universidade de Mogi das Cruzes, em junho de 1977

Título Honorífico de CIDADÃO VARGINHENSE
Promovido pela: Câmara Municipal de Varginha - MG
Decreto Legislativo nº 059 de 15 de março de 1995

Instituto GERIR
Fls. 419

I.P.H. INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

TENDO PRESENTE QUE Adilson Ulsier Leite FOI APROVADO EM TODAS AS MATÉRIAS DO **CURSO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR PARA GRADUADOS,** O INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES OUTORGA-LHE O PRESENTE **Certificado** DE ADMINISTRADOR HOSPITALAR PARA QUE GOZE DOS DIREITOS E PRERROGATIVAS QUE AS LEIS DO PAÍS LHE CONCEDEM.

SÃO PAULO, 12 DE DEZEMBRO DE 1973

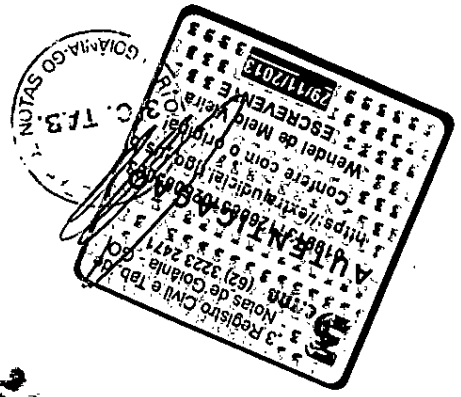
PE. JOÃO C. MEZOMO
Paraninfo

DR. CÍCERO AURÉLIO SINISGALLI
Presidente do I.P.H.

PE. NIVERSINDO A. CHERUBINI
Diretor e Patrono

FORMADO

3 Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO (62) 3223 2471
AUTENTICAÇÃO
https://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Vieira
ESCREVENTE
29/11/2013
GOIÂNIA-GO
Instituto GERAL
Fls. 120
IGE 2009



A instituição [illegible] Adelson Vaz de Brito
natural de Guaçuaçu - Estado de São Paulo
nascido em 28 [illegible] 30 filho de Adhemar de
[illegible] Lima e Alba Vaz de Brito
foi aprovado em [illegible]
sendo-lhe passado o [illegible]
de Administrador [illegible]

São Paulo, 13 [illegible] 19[illegible]

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
GOIÁS E TOCANTINS
Diploma Registrado, nos termos do Regulamento da Lei 4.769/65, Resolução CFA Nº. 136/96 e 177/96.
Sob o Nº. 6118 Proc. 969/2004
Livro 021 fls. 055 em 05/08/2004
Goiânia, 05 de Agosto de 2004
Adm. Samuel Alberna
Presidente

O GOVERNO DO MUNICÍPIO DE VARGINHA, AO SER CONFERIDO ESTE DIPLOMA, ESTAVA ASSIM CONSTITUIDO:

Prefeito Municipal
ALOYSIO RIBEIRO ALMEIDA

Vice-Prefeito Municipal
PAULO VITOR FREIRE

Presidente da Câmara de Vereadores
JOSÉ DA FROTA VASCONCELOS

Vice-Presidente da Câmara de Vereadores
JOSÉ VICENTE DE MORAIS

Secretário da Câmara de Vereadores
WALTER CLEMENTE DE ANDRADE

Vereador Autor do Projeto
JOSÉ DA FROTA VASCONCELOS

Vereadores:

CARLOS MAGNO BENFICA

HAMID AFIF

JERONIMO RODRIGUES NEVES

JOSÉ DE ALENCAR S. FALEIROS

JOSÉ PEQUENO BARONI

JULIO DOS REIS CAZELATO

MARCAL PAIVA DE FIGUEIREDO

PAULO FONSECA BRITO

PEDRO CESAR DA SILVA

RENATO REZENDE PAIVA

VALDECIR JOSÉ DE SOUZA

WANDERLEY BUENO OLIVEIRA

REGISTRO GERAL
FLS.

AUTENTICAÇÃO
1º Registro Civil e Tab. de Notas de Goiânia - GO
Fone/Fax (62) 3223 2471
http://extrajudicial.tjgo.jus.br
Confere com o original
Wendel de Melo Veiga
ESCREVENTE

Câmara Municipal de Varginha

DIPLOMA

A Câmara Municipal de Varginha, pelo seu Presidente, abaixo assinado, de acordo com o Decreto Legislativo nº 059 *de* 15 *de* Março *de* 1.995 *confere ao Sr.* Nadilson Alves Leite *o Título Honorífico de* CIDADÃO VARGINHENSE, *pelos relevantes serviços prestados à coletividade e ao engrandecimento e progresso do Município.*

Varginha, 12 *de* Dezembro *de 19*95

PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL

TJE 2010

I.P.H. INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

TENDO PRESENTE QUE Nilson Ulsier Leite FOI APROVADO

EM TODAS AS MATÉRIAS DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR PARA GRADUADOS,

O INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES OUTORGA-LHE O

PRESENTE **Certificado** DE ADMINISTRADOR HOSPITALAR PARA QUE GOZE DOS DIREITOS E

PRERROGATIVAS QUE AS LEIS DO PAÍS LHE CONCEDEM.

SÃO PAULO, 12 DE DEZEMBRO DE 1973

PE. JOÃO C. MEZOMO
Paraninfo

DR. CÍCERO AURÉLIO SINISGALLI
Presidente do I.P.H.

PE. NIVERSINDO A. CHERUBIN
Diretor e Patrono

FORMADO

Nº 2011

ESTADO DE GOIÁS

Certifico a(o) documento de(a) [illegible]

Goiânia 20 DEZ 2011

GO

1º Tab. Notas

AUTENTICAÇÃO

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

Selo Digital de Autenticidade: 20612022727849026289922 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

AUTENTICAÇÃO (cópia reprográfica, conferida com o original)

CANCELADO Goiânia-GO, 19 de novembro de 2013

Geraldo Garcia dos Santos Junior - Escrevente

Diplomas de Goiás

I. REGISTRO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

REGISTRO DE DIPLOMA

A Instituição supra mencionada atesta que Nailson Vaez Leite natural de Guaraçema - Estado de São Paulo nascido em 3 de Julho de 1960 filho de Othaydes de Souza e de Alva Vaez Leite, foi aprovado em todas as matérias do Curso de Especialização Hospitalar PARA GRADUADOS, tendo-se lhe passado o presente Diploma de Administrador Hospitalar, registrado sob o N° 0013 em São Paulo 12 de Dezembro de 1973

Diretor

Secretário

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
GOIÁS E TOCANTINS

Diploma Registrado, nos termos do Regulamento da Lei 4.769/65, Resolução CFA Nº. 136/96 e 177/96.

Sob o Nº. 6118 Proc. 969/2004

Livro 021, fls 055, em 05/08/2004

Goiânia, 05 de Agosto de 2004

Adm. Samuel Alberto
Presidente

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

APROVADA PELO PARECER N.º 1734/73 DO CFE E DECRETO N.º 73.264/73 DO MEC

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02081208271848026287508 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 26 de novembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Junior - Escrevente

Certificado

Certificamos que ADILSON USIER LEITE

frequentou o **CURSO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DE HOSPITAIS** promovido pela entidade acima, no período de 17 de Outubro a 26 de Novembro de 1974.

São Paulo, 26 de Novembro de 1974

p/ Dr. Cicero Aurélio Sinisgalli
Presidente do IPH

Niversindo A. Cherubin
Diretor Geral

Alcides Casada de Oliveira
Professor

Instituto GERINI
Fls. 123

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

02081208271849026287525 - Consulte http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original. Cartório de Notas de Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013. Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOSPITAIS 1952

Certificamos

que **ADILSON USIER LEITE**

frequentou **O CURSO "UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO"**

promovido pela Associação Paulista de Hospitais e realizado

NA CIDADE DE FRANCA - ESTADO DE SÃO PAULO no período

de 20 de **NOVEMBRO** de 19 75 a de de 19

FRANCA, 20 de **NOVEMBRO** de 19 75

Presidente

Presidente da Comissão Científica

Secretário Geral

Instituto GERER Fls. 424

S.E.G. Fls. 1998 Rubrica

DE 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO COM HABILITAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

AUTORIZADA PELO PARECER N.º 1734/73 DO CFE E PELO DECRETO N.º 73.264/73 DO MEC

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO

Certificado

CERTIFICAMOS QUE A D I L S O N U S I E R L E I T E

FREQUENTOU O CURSO DE MARKETING HOSPITALAR .-.-.-.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO COM HABILITAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

AUTORIZADA PELO PARECER N.º 1734/73 DO CFE E PELO DECRETO N.º 73.264/73 DO MEC

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO

Certificado

CERTIFICAMOS QUE ADILSON USIER LEITE

FREQUENTOU O CURSO DE ATUALIZ. EM HIGIENE, SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO .-.

PROMOVIDO PELA ENTIDADE ACIMA, NO PERIODO DE 08 A 12 DE SETEMBRO DE 1975.

COM DEZOITO .-.-.-.-.-.-.-.-. HORAS/AULA.

SÃO PAULO, 12 DE SETEMBRO DE 1975.

Niversindo A. Cherubin
Presidente do I.P.H. e
Diretor Geral da Faculdade

João C. Mezomo
Coordenador dos Cursos do I.P.H.

Daria Paterno
Diretor de Cursos Especiais da Faculdade

Participante

Instituto GERIR
Fls. 126

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Tabelionato de Notas de Goiânia
Escrevente

02081208271848026297512 - Consulte
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

S.E.S. 2015

FHOMUV - Fundação Hospitalar do Município de Varginha
Hospital Bom Pastor
CGC 19.110.162/0001-02 Insc. Est. ISENTO
Rua Pres. Tancredo Neves, 500 - Bom Pastor - Tel. 212-1799
37.014-460 — VARGINHA — MINAS GERAIS

TCE 2016
S. E. S.
Fls: 2001
6
INSPETOR
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061208271848026287547 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO, confere com o original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
1º Tabelionato de Notas de Goiânia
Geraldo Garcia dos Santos Júnior
Escrevente

PORTARIA Nº 004/93

NOMEIA SERVIDOR

O Presidente da Fundação Hospitalar do Município de Varginha - FHOMUV - usando de suas atribuições legais e de acordo com o disposto do Item VII, do Art. 20, Seção II do Estatuto da Fundação;

R E S O L V E :

Nomear o Senhor ADILSON USIER LEITE para ocupar o Cargo de Diretor Superintendente da FHOMUV.

Esta Portaria terá seus efeitos retroativos a 01 de janeiro de 1.993.

Registre-se e Publique-se.

Varginha, 04 de janeiro de 1.993.

DR. PAULO DA FROTA VASCONCELOS
PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
MUNICÍPIO DE VARGINHA - FHOMUV -.

Instituto GERIR
Fls. 427

TCE 2017

15 A 18 DE OUTUBRO DE 1996
CENTRO DE CONVENÇÕES DO HOSPITAL MADRE TERESA

XV ENCONTRO MINEIRO DE HOSPITAIS

2º SIMPÓSIO DE DIRETORES CLÍNICOS E ADVOGADOS DE HOSPITAIS

1º ENCONTRO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE MINAS GERAIS

1º ENCONTRO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE MINAS GERAIS

S.E.S. Fls: 2902

AHMG/195/96

Belo Horizonte, 27 de setembro de 1996

Ilmo. Sr.
Dr. ADILSON USIER LEITE
Conselheiro da Associação de Hospitais de Minas Gerais
VARGINHA-MG-

Prezado Senhor,

Com muita satisfação, vimos a sua presença para convidá-lo a participar do XV ENCONTRO MINEIRO DE HOSPITAIS, que estaremos realizando no Centro de Convenções do Hospital Madre Teresa, em Belo Horizonte, no período de 16 a 18 de outubro de 1996.

Além da satisfação de tê-lo em nossa companhia, cumpre-nos dizer-lhe que o seu nome foi escolhido por consenso, em reunião da Comissão Organizadora do Evento, que sentir-se-á muito honrada com a sua ilustre presença.

Informamos-lhe que programamos a sua participação na seguinte atividade:

Secretário de Mesa na Palestra "NOVAS NORMAS DO SUS EM RELAÇÃO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS - NOB/96", no dia 17/10/96, às 11:00 horas.

Para facilitar sua confirmação, solicitamos que a mesma seja feita no formulário anexo, e remetido, de preferência através de FAX, para o nº (031) 342-2877, atenção de Maria Elvina.

Contando desde já com a sua presença em nosso Encontro, antecipamos nossos sinceros agradecimentos.

Atenciosamente.

Dr. Carlos Eduardo Ferreira
Presidente da AHMG

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061202271849026297498 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

SECRETARIA EXECUTIVA
CENTRAL DE EVENTOS E PROMOÇÕES
AV. DOS ANDRADAS, 2287 SALA 305
30120.010 BELO HORIZONTE/MG
FONE (031) 241 2096 FAX (031) 241 2827

COMISSÃO ORGANIZADORA
ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DE MINAS GERAIS
RUA CARANGOLA, 225
30330.240 BELO HORIZONTE/MG
FONE (031) 342 2877 FAX (031) 342 3800

40 ANOS AHMG

Fls. 428

TCE 2018

15 A 18 DE OUTUBRO DE 1996
CENTRO DE CONVENÇÕES DO
HOSPITAL MADRE TERESA

XV ENCONTRO MINEIRO DE HOSPITAIS

2º SIMPÓSIO DE DIRETORES CLÍNICOS E ADVOGADOS DE HOSPITAIS

1º ENCONTRO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE MINAS GERAIS

1º ENCONTRO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE MINAS GERAIS

AHMG/CA/196/96

Belo Horizonte, 2 de outubro de 1996

Hospital Regional Sul de Minas
Conselheiro da AHMG
Dr. Adilson Usier Leite

Prezado Senhor,

Com muita satisfação, vimos a sua presença para convidá-lo a participar do XV ENCONTRO MINEIRO DE HOSPITAIS, a se realizar em Belo Horizonte, no período de 16 a 18 de outubro de 1996, sob a responsabilidade da Associação de Hospitais de Minas Gerais.

Neste evento, gostaríamos imensamente da participação de V.Sa. para a cerimônia de abertura que será realizada no dia 16 de outubro de 1996, às 09:30 horas, com a presença do Excelentíssimo Senhor Governador do Estado de Minas Gerais, Dr. Eduardo Brandão de Azeredo, no Auditório do Centro de Convenções do Hospital Madre Teresa, à Av. Raja Gabaglia, 1002, em Belo Horizonte.

Após a solenidade de instalação, o Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Conselheiro Representante da OPAS no Conselho Nacional de Saúde, vai proferir uma conferência sobre "PERSPECTIVAS PARA A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR NO BRASIL".

Na certeza de podermos contar com sua ilustre presença, registramos nossos agradecimentos e renovamos nosso maior apreço e distinta consideração.

Cordialmente.

Associação de Hospitais de MG
Conselheiro da AHMG

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
0208120827184902629749S - Consulte: http:\\extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Tabelião de Notas de Goiânia
Geraldo Garcia dos S. Júnior
Escrevente

SECRETARIA EXECUTIVA
CENTRAL DE EVENTOS E PROMOÇÕES
AV. DOS ANDRADAS, 2287 SALA 309
30120.010 BELO HORIZONTE/MG
FONE (031) 241 2096 FAX (031) 241 2827

COMISSÃO ORGANIZADORA
ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DE MINAS GERAIS
RUA CARANGOLA, 225
30330.240 BELO HORIZONTE/MG
FONE (031) 342 2877 FAX (031) 342 3800

40 ANOS AHMG

Fls. 428

TCE 2019

S. E. S.
Fls: 2004
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

AHMG/CA/151/96

Belo Horizonte, 04 de Junho de 1996.

Dr. Adilson Usier Leite
VARGINHA - MG

Prezado Conselheiro:

Temos o prazer de comunicar-lhe que a Assembléia Ordinária da ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DE MINAS GERAIS, reunida em 30-abril-96, por convocação de seu presidente para eleição do Presidente e de Conselheiros, aprovou por unanimidade o seu nome para compor o CONSELHO DIRETOR DESSA ASSOCIAÇÃO.

No mesmo ato foi reeleito o Dr. Carlos Eduardo Ferreira para presidente na gestão 1996/1999.

Esperando poder contar com sua preciosa colaboração, apresentamos nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente

Dr. José Luiz Géo Verçoza
Vice-Presidente da AHMG

AHMG
Associação de Hospitais de Minas Gerais

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
020812C827184802629754 3 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente 9

RUA CARANGOLA, 225 - FONE: (031) 342-2877 - FAX: (031) 342-3800 - BELO HORIZONTE - MG - CEP 30.330-240

Instituto GERIR
Fls. 430

TCE 2020

S. E. S.
Fls: 2005
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Federação Brasileira de Administradores Hospitalares

São Paulo, abril de 2006.

Caro(a) associado(a),

Temos a satisfação de informar que sua solicitação foi aceita por nossa diretoria.

A partir de agora, você faz parte do nosso quadro de associados sob número **4163** na categoria de **Sócio Efetivo**, estamos enviando seu Diploma e sua carteirinha.

Você é, mais um convocado para a defesa de nossa classe e também da luta por nossos direitos em benefício da saúde.

Sempre que possível divulgue nossa entidade. Quanto maior o número de profissionais unidos por esta causa, maior serão nossas chances como entidade de classe de exigir dos órgãos competentes e das instituições de saúde que tenham um profissional com formação específica em administração hospitalar ou da saúde para geri-la com competência.

Aproveitamos a oportunidade de divulgar nosso site na Internet. O endereço é www.fbah.org.br e com ele buscamos oferecer ao visitante fóruns de discussão, notícias atuais, artigos, trabalhos científicos, banco de currículos para vagas e candidatos, informações sobre os melhores cursos e eventos para atualização profissional e outras novidades. Esperamos que você também nos auxilie com estas informações e nos envie artigos, notícias de sua região ou entidade.

Outrossim, solicitamos que sempre nos informe sobre mudanças de endereço, de telefone, de e-mail ou de empresa, para podermos mantê-lo atualizado e fazer contato mais facilmente.

Informações adicionais ou outros esclarecimentos poderão ser obtidos pelo Fone/Fax: (011) 3675-5328 ou pelo e-mail info@fbah.org.br.

FBAH - COMPROMISSO COM A PROFISSIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Atenciosamente,

Marcia Mariani
Diretora Executiva

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061208271849026287546 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO: Confere com o Original
Goiânia-GO, 26 de novembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Rua Cotoxó, 611 - Conj 82 - Pompéia - São Paulo - Capital - Cep. 05021-000
Fone/Fax (0xx11) 3675-5328 - E-mail: info@fbah.org.br - site: www.fbah.org.br

Instituto GERIR
Fls. 431

TCE 2021

S. E. S.
Fls: 1006
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

COLÉGIO BRASILEIRO DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

CONFERE O PRESENTE

Certificado de Participação

NO

Simpósio Brasileiro de Administração Hospitalar

A

ADILSON USIER LEITE

SÃO PAULO, 5 DE MAIO DE 1973

Pe. Augusto A. Mezzomo
Presidente

Octávio D'Andrea
Secretário

Cartório de Notas de Goiânia - 001AB
Rua 3, nº 1.000, Setor Oeste, Goiânia-GO, CEP
Fone: (62) 3223-1000 Fax: (62) 3223-1000
02061203271849028297527 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
Selo 1.9

Instituto GERAL
Fls. 432

III CONGRESSO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

II MOSTRA NACIONAL DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES

promoção:
COLÉGIO BRASILEIRO DE ADMINISTRADORES DA SAÚDE

participação:
INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES
CENTRO SÃO CAMILO DE DESENVOLVIMENTO EM ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
COLÉGIO SUL-AMERICANO DE ADMINISTRADORES DA SAÚDE

CERTIFICADO

O Colégio Brasileiro de Administradores da Saúde confere o presente certificado a ADILSON USIER LEITE pela sua participação no III Congresso Brasileiro de Administração Hospitalár realizado em São Paulo, de 14 a 17 de maio de 1979.

JOÃO CATARIN MEZOMO
PRESIDENTE

Instituto GERIR
Fls. 123

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061208271848028297507 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

S.E.S. Fls. 2007

IM 2022

X

CONVENÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO

CERTIFICADO

conferido a DR. ADIESON USIER LEITE

por sua participação na X Convenção da Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, realizada na cidade de Campinas, de 25 a 27 de Setembro de 1985.

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Realização:
ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO
Apoio: SAÚDE BRADESCO

ALCINDO TAVERNARO
Presidente

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061209271849028297505 - Consulte
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Junior - Escrevente
Notas de Goiânia
Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 124

TJ 2023
2008

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PONTAS

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Certificado

Certificamos que ADILSON USIDR LEITE

participou do I ENCONTRO DE SECRETÁRIOS E DIRETORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

como Participante, realizado em Três Pontas

no período de 30/09/1.989, com uma carga horária de 10 horas.

Três Pontas, 30 de Setembro de 1989

Prefeito Municipal

Diretor Dept.º de Saúde

1º Tabelionato de Notas de Goiânia
Geraldo Garcia dos S. Júnior
Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 435

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
0288128827184882620753 3 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2014
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

1º Tabelionato de Notas de Goiânia
Geraldo Garcia dos S. Júnior
Escrevente

TJE 2024

S.M.S.
Fls. 2003
ASSESSORIA DE LICITAÇÃO

I - CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO SUL DE MINAS
II - ENCONTRO DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES
II - ENCONTRO DE SECRETÁRIOS E DIRETORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Dias: 27 - 28 de junho/91
Local: Varginha Tênis Clube - VTC

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061208271849026287531 - Consulte
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
Escrevente

CERTIFICADO

Certificamos que ADILSON USEIR LEITE

participou da I - CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO SUL DE MINAS, II - ENCONTRO DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES, II - ENCONTRO DE SECRETÁRIOS E DIRETORES MUNICIPAIS DE SAÚDE, realizados nos dias 27 e 28 de junho de 1991, na qualidade de DEBATEDOR/TESOUREIRO

Varginha, 28 de junho de 1991

Instituto GERIR
Fls 426

Dr. Marçal P. Figueiredo
Presidente de Honra

Luiz Carlos Pereira
Presidente Executivo

TCE 2025
APOIO
WHITE MARTINS

TCE 2026

S. E. S.
Fls. 2011
6
Rubrica
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÃO

CERTIFICADO

Certifico que DOUTOR ADILSON USIER LEITE *participou do XIII Encontro Mineiro de Hospitais, realizado em Belo Horizonte, no período de 20 a 22 de maio de 1992.* como COORDENADOR do tema "C U S T O S H O S P I T A L A R E S"

Belo Horizonte, 22 de maio de 1992

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
AUTENTICAÇÃO: Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
Cartório de Notas de Goiânia
Geraldo Garcia dos Santos Júnior
Escrevente
0208120827184802829749-9 Consulte:
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

CARLOS EDUARDO FERREIRA

Presidente da Associação de Hospitais de Minas Gerais

Instituto GERIR
Fls. 437

TCE 2027

S. E. S.
Fls. 2012
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

CERTIFICADO

Certifico que DOUTOR ADILSON USIER LEITE

participou do XIII Encontro Mineiro de Hospitais, realizado em Belo Horizonte, no período de 20 a 22 de maio de 1992. como PALESTRANTE do tema "DISTRIBUIÇÃO DE COTAS DE AIH E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE COBERTURA AMBULATORIAL - UCA" - "VISÃO DOS HOSPITAIS"

Belo Horizonte, 22 de maio de 1992

CARLOS EDUARDO FERREIRA

Presidente da Associação de Hospitais de Minas Gerais

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
020612082718490262974 93 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 438

Iª JORNADA SUL MINEIRA DE MEDICINA LEGAL

PROMOÇÃO: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE VARGINHA,
FACULDADE DE DIREITO DE VARGINHA

CERTIFICADO

Certificamos que ADILSON USIER LEITE *participou da 1ª Jornada Sul Mineira de Medicina Legal, realizada em 25 e 26 de setembro de 1.992 na cidade de Varginha, Estado de Minas Gerais, na qualidade de*

'A`S S I S T E N T E

José da Frota Vasconcelos

Dr. Francisco Vani Benfica
Diretor da Faculdade de Direito

Luiz Fernando Vasconcelos

Armando Fortunato Filho
Coordenadores
Médicos Legistas

Dr. José Eugênio Vilela Marinho
Presidente Assoc. Médica
de Varginha

TJE 2028

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
07081203271849028297584 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO: Confere com o Original.
Goiânia-GO, 26 de novembro de 2043.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
Tabelião de Notas de Goiânia
Escrevente

Fls. 429

2

F. S. 2013

PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGINHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Certificado

Certificamos que ADILSON USIER LEITE

participou da: 1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VARGINHA *na qualidade de:*

PARTICIPANTE

realizada em 29/30 de abril e 01 de maio de 1993.

Vaginha, 01 *de* MAIO *de* 1993.

Prefeito Municipal
Aloisio Ribeiro de Almeida

Pres. Conselho Mun. de Saúde
Dr. Paulo da Frota Vasconcelos

APOIO: BEMGE
BANCO DO ESTADO DE MINAS GERAIS S.A.

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061203271849028297502 - Consulte http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
Tabelionato de Notas

Instituto GERIR
Fls. 440

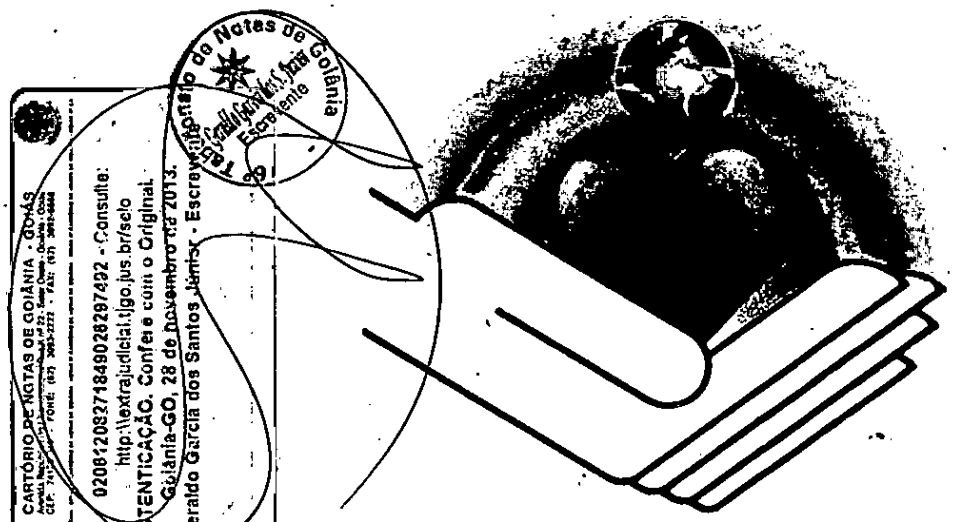
TE 2029
E. S
Fls. 2014
6
Rubrica
DE LICITAÇÃO

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DAS MISERICÓRDIAS

TCE 2030

S. E. S. Fls: 2015 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

VII CONGRESSO DAS SANTAS CASAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO BRASIL



CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061208327184902829749 2 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original. Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013. Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
Tabelionato de Notas de Goiânia

Certificado

Certificamos que ADILSON USIER LEITE participou do IV CONGRESSO INTERNACIONAL DAS MISERICÓRDIAS e VII CONGRESSO NACIONAL DAS SANTAS CASAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO BRASIL, realizados em Fortaleza-CE no período de 27 a 30 de outubro de 1993, sob os auspícios da FEMICE - Federação das Misericórdias do Estado do Ceará, com o patrocínio da CIM-Confederação Internacional das Misericórdias, CMB - Confederação das Misericórdias do Brasil e apoio da União das Misericórdias Portuguesas.

Fortaleza, 30 de outubro de 1993

Dep. Pe. José Linhares Ponte
Presidente dos Congressos

Dr. Carlos Alberto Komora Vieira
Coordenador Geral

CONSTRUINDO A CIVILIZAÇÃO DO AMOR

ÊXITO Congressos, Turismo e Empreendimentos Ltda

Instituto GERIR
Fls. 441

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Av. República do Líbano, esq. c/ Rua n. nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74170-040 - FONE: (62) 3093-2772 - FAX: (62) 3093-6666

1020612032718480262875B6 - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Certificado

Conferido

Adilson Usier Leite

Por sua Participação na " IIª JORNADA DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS E USO DE ANTIMICROBIANOS ", de 8 a 10 de dezembro, na qualidade de

Participante.

Outorgado por

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE VARGINHA

Varginha, 10 de dezembro de 1994.

Dr. Paulo Cesar Silva Sene
Presidente da Associação Médica de Varginha

Dr. Sergio Martins Pinto
Comissão Científica

Dr. Alberto Severo de Paiva Filho
Comissão Científica

Instituto GERIR
Fls. 442

S. E. S.
Fls. 2016
Rubrica

TCE 2031

CERTIFICADO

F. 2032

020812082718490828297539 - Consulte
http://extrajudicial.tigo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 26 de novembro de 2013
Geraldo Garcia dos Santos Junior

XV ENCONTRO MINEIRO DE HOSPITAIS

2º SIMPÓSIO DE DIRETORES CLÍNICOS E ADVOGADOS DE HOSPITAIS

CERTIFICAMOS QUE

ADILSON USIER LEITE

PARTICIPOU DO XV ENCONTRO MINEIRO DE HOSPITAIS REALIZADO NO PERÍODO DE 16 A 18 DE OUTUBRO DE 1996, NO CENTRO DE CONVENÇÕES DO HOSPITAL MADRE TERESA,

BELO HORIZONTE, 18 DE OUTUBRO DE 1996

CARLOS EDUARDO FERREIRA
Presidente da AHMG

15 ANOS AHMG

FRANCISCO SOUSA LIMA FILHO
Secretário da AHMG

Instituto GERIR
Fls. 443

Fls. 2133

CERTIFICADO

XV ENCONTRO MINEIRO DE HOSPITAIS

2º SIMPÓSIO DE DIRETORES CLÍNICOS E ADVOGADOS DE HOSPITAIS

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA

0208120827184902829754 2 Cópia

http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo/1

AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original

Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.

Geraldo Garcia dos Santos Junior - Escrevente

CERTIFICAMOS QUE

Dr. ADILSON LUIZ

PARTICIPOU DO XV ENCONTRO MINEIRO DE HOSPITAIS REALIZADO NO PERÍODO DE 16 A 18 DE OUTUBRO DE 1996, NO CENTRO DE CONVENÇÕES DO HOSPITAL MADRE TERESA,

na qualidade de Secretário na [illegible] tema: "NOB96 -NOVAS NORMAS DO S[illegible]LAÇ[illegible] PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS".

BELO HORIZONTE, 18 DE OUTUBRO DE 1996

CARLOS EDUARDO FERREIRA
Presidente da AHMG

40 ANOS AHMG

FRANCISCO SOUSA [illegible]LHO
Secretário [illegible]AHMG

Instituto GERIR
Fls. 444

Realização

SANTAS CASAS UNIDAS

FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS, HOSPITAIS E FILANTRÓPICOS DO ESTADO DE GOIÁS

Apoio

WHITE MARTINS

SÃO CAMILO

SUZUKI
TECNOLOGIA PASSADA A LIMPO!

TEUTO
GENÉRICOS COM QUALIDADE ISO 9002

GOIÁS SECRETARIA DA SAÚDE

Prefeitura de Goiânia
Você fazendo parte
Secretaria Municipal de Saúde

MV Sistemas

SANOFI INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ALIMENTAÇÃO LTDA

S. E. S.
Fls: 2019
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

1º CONGRESSO GOIANO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

CERTIFICADO

TCE 2034

Certificamos que

ADILSON USIER LEITE

participou do 1º CONGRESSO GOIANO DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, nos dias 20 e 21 de setembro de 2001, na qualidade de congressista, perfazendo um total de 16 horas.

Goiânia, 21 de setembro de 2001.

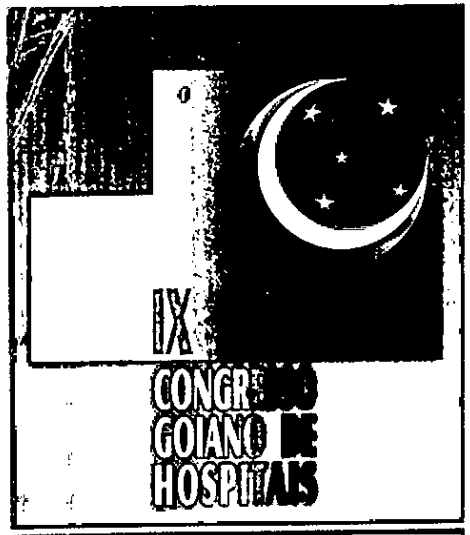
CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida Republica do Líbano, esq. c/ Rua X, nº 72 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74110-040 - FONE: (62) 3093-7777 - FAX: (62) 3093-9999
Selo: 0208120927184902807581 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO: Confere com o Original
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Cartório de Notas de Goiânia
Escrevente

Presidente do Congresso - João Batista Neto

Coordenação Geral do Congresso - Mardem Matos da Costa

Instituto GERIR
Fls. 445



I ENCONTRO
GOIANO DE
ADMINISTRADORES
HOSPITALARES

26 a 28 de abril de 2001

Centro de Convenções do
Castro's Park Hotel
Goiânia - Goiás

Promoção

ASSOCIAÇÃO dos HOSPITAIS
DO ESTADO DE GOIÁS

SINDHOESG
Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado de Goiás

Realização

Instituto
FRANCISCO LUDOVICO
ensino, pesquisa e desenvolvimento de saúde

Instituto GERIR Fls. 446

Certificado

Certificamos que, ADILSON USIER LEITE, participou do IX CONGRESSO GOIANO DE HOSPITAIS e I ENCONTRO GOIANO DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES, durante o período de 26 a 28 de abril de 2001, promovido pela Associação dos Hospitais do Estado de Goiás e Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Goiás.

Goiânia, 28 de abril de 2001.

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061208271848028287637 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

1º Tabelionato de Notas de Goiânia
Escrevente

Dr. José Bernardino Carneiro
Presidente da AHEG

Dr. Salomão Rodrigues Filho
Presidente do Congresso

Dr. Paulo Rassi
Presidente do SINDHOESG

SES Fls. 2035

Certificado

ADILSON USIER LEITE

participou do

XI CONAD - Congresso Nacional de Administração

Realizado em Goiânia-Go, no período de 21 a 23 de setembro de 2006, com a carga horária de 21 horas, pelo Sindicato dos Administradores de Goiânia, com apoio do Conselho Federal e Conselho Regional de Administração de Goiás (CRA/GO).

Goiânia, 23 de setembro de 2006.

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
02061208271849026297558 - Consulte
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO: Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 44

Adm. Samuel Albernaz
Presidente CONAD

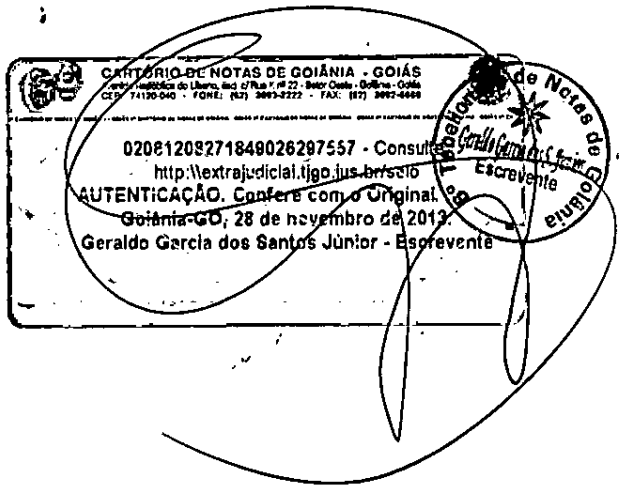
Participante

TE 2036

XI CONAD
CONGRESSO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO

A REALIDADE DA ADMINISTRAÇÃO BRASILEIRA

- Empreender: A Chave para o Sucesso Empresarial
- Relações entre a Administração e Desenvolvimento
- Empregabilidade para o Administrador
- Motivação: O Segredo do Sucesso
- Profissional de Resultados
- A Arte de Empreender em Sonhos
- O Encantador de Clientes



XII CONAD
CONGRESSO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO

Certificado

Conferido à

Adilson Usier Leite

por sua participação no

XII CONAD - Congresso Nacional de Administração,

com o tema **"Administração e Educação: O Caminho para o Desenvolvimento"** promovido pelo Sindicato dos Administradores de Goiânia, com o apoio do Conselho Federal de Administração e do Conselho Regional de Administração de Goiás (CRA/GO), realizado no Centro de Convenções em Goiânia, nos dias 20, 21 e 22 de setembro de 2007, com carga horária de 30 horas - atividade.

Instituto GERIR
Fls. 148

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
020612082718490298287552 - Consulte
http:\\extrajudicial.tjgo.jus.br\selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2019.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Goiânia, 22 de setembro de 2007.

Adm. Samuel Albernaz
Presidente do CONAD

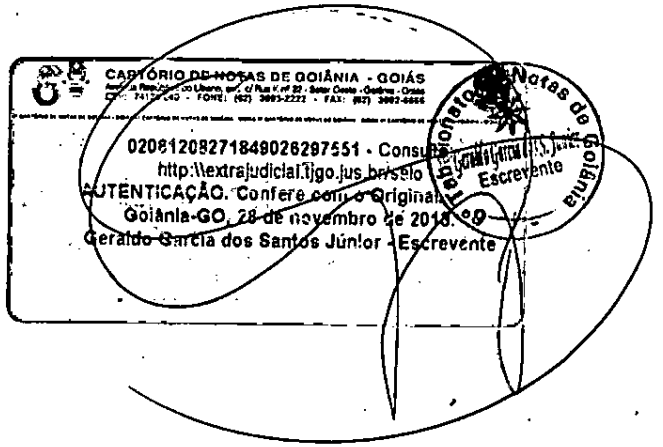
TJE 2037

S. E. C.
Fls. 2042
TO

Programa

XII CONAD
CONGRESSO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO

- Administração e Educação: O Caminho para o Desenvolvimento
- A Administração - Importante Pilar para o Desenvolvimento do País
- Brasil: A Construção do Futuro
- Magia da Liderança
- Motivação e Auto-Estima para Vencer
- Empreender: A Chave para o Sucesso Empresarial
- Obstinação e Vitória



"CONAD HÁ 12 ANOS REGISTRANDO SUCESSO"

Flex Gráfica - (62) 3207-1184

Certificado

II Simpósio 2009
Gestão de Hospitais Privados e suas Tendências frente ao Mercado Concorrente

Certificamos que,

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
0206120927184902629754S - Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 26 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
Tabelionato de Notas de Goiânia

Adilson Usier Leite

15 de dezembro de 2009
Castro's Park Hotel - Goiânia-GO

frequentou o **II Simpósio – Gestão de Hospitais Privados e suas Tendências Frente ao Mercado Concorrente**, realizado no dia 15 de dezembro de 2009, em Goiânia - GO.

Carga Horária: 03 horas

Goiânia, 15 de dezembro de 2009.

Instituto GERIR Fls. 44

Robério Ferro
Presidente da AHPACEG

S. E. S. Fls. 2023

TCE 2038

AHPACEG
Associação dos Hospitais Privados de Alta Complexidade do Estado de Goiás

universidade de mogi das cruzes

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Rua Dom Antonio Candido de Alvarenga, 170
Telefones: 2375 e 4330 — Mogi das Cruzes

IOE 2039

S. E. S.
Fls: 2024
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA MAXILO-FACIAL

A Cadeira de Cirurgia dêste Departamento agradece ao Prof. ADILSON USIER LEITE, Diretor Administrativo da Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes sua contribuição didática com a aula proferida nesta data para os 3os Anos, Diurno e Noturno, sôbre o tema "NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA INTERNAÇÃO DE UM PACIENTE NO HOSPITAL".

Mogi das Cruzes, 17 junho 1977

DR. JOÃO JORGE DE BARROS
Professor Titular

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
0206120827184902620751 7 - Consulte:
http:\\extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente
Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 450

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

P-16

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5875779 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/MAR/2010

NOME ADILSON USIER LEITE

FILIAÇÃO ATHAYDE DE SIQUEIRA LEITE
ALVA USIER LEITE

NATURALIDADE GUARAREMA-SP

DATA DE NASCIMENTO 23/JUL/1950

DOC. ORIGEM C.CAS. 19753 FLS. 73 L. B76 GOIANIA GO 4
ZONA EM 12/05/2007

CPF 268615188-91

5549694

ASSINATURA DO DIRETOR

41260929

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

S.E.S. Fls. 2025

TCE 20403

Tabelionato de Notas de Goiânia - Escrevente

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Administração
Conselho Regional de Administração

Registro: CRA GO/TO Nº 6118

Data do Registro: 27.07.2004

1ª VIA

Nome: ADILSON USIER LEITE

Assinatura do Portador:

VÁLIDA SOMENTE COM PAPEL FIBRA COLORIDA - IMPRESSO EM TALHO-DOCE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL - LEI 6.206/75

Nacionalidade	Naturalidade	
Brasileira	Guararema - SP.	
Identidade	CIC	Data de Nascimento
4.668.383 - SSP/SP.	268.615.188-91	23.07.50

Filiação
Athayde de Siqueira Leite
Alva Usier Leite

Diplomado por
INST. BRASILEIRO DE DESENV. E DE PESQUISAS HOSPITALARES

Registro no MEC Nº	Local	Data
00519	São Paulo - SP.	12.12.1973.

Identidade profissional de ADMINISTRADOR, habilitado na forma da alínea "A" d Art. 3º, da Lei 4.769 de 09/09/65.

GOIÂNIA, 30 DE JULHO DE 2004.
Local e Data de Expedição

ADM. SAMUEL ALBERNAZ
Presidente do CRA

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

02061206271849026287891 - Consulte: http:\\extrajudicial.tjgo.jus.br\selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 28 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Tabelionato de Notas de Goiânia - Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 451

A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examinar, logo verá se o portador é um temperamento aquietado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escada profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) ALEXANDRE MARCONDES FILHO

MINISTÉRIO DO TRABALHO, E PREVIDÊNCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE MÃO-DE-OBRA
DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO PROFISSIONAL

TCE 2041

CARTEIRA PROFISSIONAL

Série 205ª

Número 40.301

Polegar direito

Assinatura do portador

Adilson Vieira Leite

4

Nome do portador Adilson Vieira Leite

Nascido em Guaraciema - Est. Goiás

a 28 de 07 de 1950

Filho de Athayde de Siqueira Leite e Alva Vieira Leite

Estado civil Solteiro

Côr branca Altura 1,80

Sinais particulares

Instrução Primário

Residência Rua Brasílio Maia nº 22 - São José - M. Borges

Profissão Comerciário

Documentos apresentados Cert. Nascimento nº 6.173 fls. 229 L. A-2

Observações

30 de 07 de 19

Assinatura do funcionário

D.R.T. 2ª Região

5

ESTRANGEIROS

Chegado ao Brasil em de de 19

Naturalizado em de 19 , fólio

Casado com

de nacionalidade

Lugar do nascimento

Data do nascimento de de 19

Carteira de estrangeiro n.º

Local de emissão

FILHOS BRASILEIROS

Nome	Lugar do nascimento	Data do nascimento

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

0206120827184902828970 ! - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.1-8).

Goiânia-GO, 19 de novembro de 2013.

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 452

6

BENEFICIARIOS

Pessoas que dependem econômicamente

Nome	Data do Nascimento	Estado civil

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da entrega
		de ..... de 19.....
		de ..... de 19.....
		de ..... de 19.....
		de ..... de 19.....

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

0206120827194902628970 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Fed. nº 2.148). Goiânia-GO, 19 de novembro de 2013. Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

7

TCE 2042

CONTRATO DE TRABALHO

Nome do estabelecimento, emprêsa ou instituição Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes

Cidade Mogi das Cruzes

Estado São Paulo

Rua Barão de Jaguaí

n.º 1.148

Espécie do estabelecimento Hospitalar

Natureza do cargo Escriturário

Data da admissão 1 de Dezembro de 1969

Registro n.º 191.128 a fls. 264

Remuneração (especificada) NCR$ 156,00 (cento cinquenta e seis cruzeiros novos)

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI DAS CRUZES

Assinatura do empregador

Data da saída 17 de Setembro de 1974

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI DAS CRUZES

Assinatura do empregador

Provisor

S. E. S. Fls. 2027 SÃO DE LICITAÇÃO

8

CONTRATO DE TRABALHO

Nome do estabelecimento, emprêsa ou instituição Santa Casa de Misericórdia de Suzano

Cidade Suzano

Estado São Paulo

Rua Travessa Antonio Marques Siqueira n.º 175

Espécie do estabelecimento Hospitalar

Natureza do cargo Diretor Administrativo

Data da admissão 01 de Dezembro de 1974

Registro n.º 07 Livro a fls. 05

Remuneração (especificada) 4.000,00 (Quatro mil cruzeiros)

Santa Casa de Misericórdia de Suzano

Assinatura do empregador

Data da saída 18 de Julho de 1975

Santa Casa de Misericórdia de Suzano

Assinatura do empregador

Santa Casa de Misericórdia de Suzano

Diretor

9

CONTRATO DE TRABALHO

Nome do estabelecimento, emprêsa ou instituição HOSPITAL JOÃO XXIII S/A

Cidade SÃO PAULO

Estado SÃO PAULO

Rua JUATINDIBA

n.º 562

Espécie do estabelecimento HOSPITALAR

Natureza do cargo GERENTE ADMINISTRATIVO

Data da admissão 19 de setembro de 1977

Registro n.º 1.377 a fls. FRE.

Remuneração (especificada) Cr$ 15.000,00 (quinze mil cruzeiros) p/mês

HOSPITAL JOÃO XXIII

Assinatura do empregador

DEPARTAMENTO PESSOAL

Data da saída 02 de Janeiro de 1978

HOSPITAL JOÃO XXIII

Assinatura do empregador

DEPARTAMENTO PESSOAL

* VIDE FLS. 42

Tabelionato de Notas de Goiânia - Escrevente

Instituto GERIR Fls. 453

10

FUNDO DE GARANTIA - BENEFÍCIO E ASSISTÊNCIA MÉDICA
CONTRATO DE TRABALHO

Nome do estabelecimento, emprêsa ou instituição N/A
Hospital e Maternidade Modêlo Tamandaré S/A

Cidade SÃO PAULO
Estado SÃO PAULO
Rua TAMANDARÉ
n.º 753
Espécie do estabelecimento HOSPITALAR
Natureza do cargo GERENTE ADMINISTRATIVO
Data da admissão 03 de JANEIRO de 19 78
Registro n.º 0535 a fls. Ficha
Remuneração (especificada) Cr$ 30.000,00
(TRINTA MIL CRUZEIROS) P/MÊS

Hospital e Maternidade Modêlo Tamandaré S/A
Assinatura do empregador.

Data da saída 05 de OUTUBRO de 19 79

Hospital e Maternidade Modêlo Tamandaré S/A
Assinatura do empregador

11

CONTRATO DE TRABALHO

S.E.S.
Fls: 2028
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Nome do estabelecimento, emprêsa ou instituição
Cidade
Estado
Rua
n.º
Espécie do estabelecimento
Natureza do cargo
Data da admissão de de 19
Registro n.º a fls.
Remuneração (especificada)

Assinatura do empregador

Data da saída de de 19

Assinatura do empregador

TCE 2043

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida Presidente Dr. Liberato, 691, S/Dos 1º e 2º - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74.115-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-6648

0209120827194902628971-0 - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
Certifico que a fotocópia confere com documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148).
Goiânia-GO, 19 de novembro de 2013.
Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Cartório de Notas de Goiânia
Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 454

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que ocercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

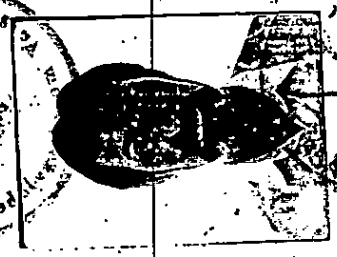
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO - MTE
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



TCE 2044

Série 00016 - SP

Número 26760

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Adilson Ulsier Leite

Loc. Nasc. Guanambi Est. BA Data 23 07 50

Filiação Alvaro de S. Leite e Alva N. Leite

Doc. nº 14.668.383 - SSP-SP

ESTRANGEIROS

Doc. Ident. nº ..... / ..... Doc. Ident. nº

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Estado .....

Exp. em ..... / ..... / ..... DRT .....

Obs. .....

Data Emissão 30/05/97

Assinatura do Funcionário

9

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS

U20612082719480282897 21 - Consulte http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Fed. nº 2.148). Goiânia-GO, 19 de novembro de 2013.

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

Tabelionato de Notas de Goiânia

Nome .....

Doc. .....

Est. Civil .....

Doc. .....

Est. Civil .....

Doc. .....

Nascimento .....

Doc. .....

Instituto GERUR
Fls. 455

12

CONTRATO DE TRABALHO

25 761 048/0001-87

Empregador ..... HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CLARA LTDA.

CGC/MF ..... Av. João Pinheiro, 289

Rua ..... Centro — CEP 38400-057 Nº .....

Município ..... UBERLANDIA — MG. Est. .....

Esp. do estabelecimento. Hospitalar

Cargo Adm. Hospitalar

..... CBO nº .....

Data admissão 01 de AGOSTO de 19 97

Registro nº ..... Fls./Ficha 1074

Remuneração especificada R$ 3.000,00

(Três mil reais) p/mes

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CLARA LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída 31 de Outubro de 19 98

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CLARA LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº 164-096681

13

CONTRATO DE TRABALHO

S. E. 2030

Empregador Instituto de Neurologia de Goiânia LTDA

CGC/MF 01.011.865/0001-16

Rua Rua T-18 st. Bueno Nº 1400

Município Goiania Est. Goias

Esp. do estabelecimento. Hospitalar

Cargo Administrador

..... CBO nº 09220

Data admissão 17 de Dezembro de 1998.

Registro nº 1682 Fls./Ficha 1682

Remuneração especificada R$ 3.000,00

(Tres mil reais)

Instituto de Neurologia de Goiânia Ltda

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída 31 de Outubro de 2013

Instituto de Neurologia de Goiânia
Soraya Pereira
Gerente Financeira

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

TCE 2045

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida Republica do Líbano, esq. c/ Rua K nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74115-045 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-4005

0208120827184902628972O - Consulte: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo

Certifico que a foto-cópia confere com o documento apresentado (Doc. Let. nº 2.148).

Goiânia-GO, 19 de novembro de 2013.

Geraldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente

1º Tabelionato de Notas de Goiânia
Geraldo Garcia dos Santos Júnior
Escrevente

Instituto GERIR
Fls. 456

JOÃO PAULO BRZEZINSKI

S. E. S.
Fls: 2031
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 2049

CURRICULUM VITAE

Goiânia
2013

RUA 146, 92, MARISTA, GOIÂNIA – GO
(62) 3281-3264 - www.jpb.adv.br
advocacia@jpb.adv.br

Instituto GERIR
Fls. 457

JOÃO PAULO BRZEZINSKI

S. E. S.
Fls: 2032
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

CURRICULUM VITAE
Maio, 2013

TCE 2050

1 DADOS PESSOAIS

Nome: Joao Paulo Brzezinski da Cunha
Nome em citações bibliográficas: CUNHA, J. P. B.
Sexo: masculino
Filiação: Jose Francisco Barreto da Cunha e Iria Brzezinski Barreto da Cunha
Nascimento: 25/05/1975, Curitiba/PR - Brasil
Carteira de identidade: 17208
CPF: 58702385104

Endereço profissional: Brzezinski Advogados Associados S/S
Rua 146, nº 92.
Setor Marista
74170090 Goiânia, GO - Brasil
Telefone: (62) 32813264 Fax: (62) 3281-3264
E-mail: joaopaulo@jpb.adv.br
URL da home page: http://www.jpb.adv.br

2 FORMAÇÃO ACADÊMICA/TITULAÇÃO

2011 Doutor em Ciências Jurídicas e Sociais.
Universidade do Museo Social Argentino, UMSA, Argentina.
Título: O Direito Tributário e o Desenvolvimento Regional
Orientador: Doutor Jorge Horacio Schijman
Palavras-chave: Direito Tributário, Incentivos Fiscais.
Áreas do conhecimento: Direito Tributário.

2009 Mestre em Direito Tributário e Desenvolvimento Regional.
Faculdades Alves Faria - ALFA.
Título: Os benefícios e incentivos fiscais como forma de desenvolvimento regional no Estado de Goiás
Orientador: Doutor José Querino Tavares Neto
Palavras-chave: Direito Tributário, Desenvolvimento Regional.
Áreas do conhecimento: Direito Tributário.

1998 - 1999 Especialização em Direito Processual Civil. (Carga horária: 256h)
Academia de Policia Civil do Estado de Goiás, ACPCEGO, Goiás, Brasil.
Título: Tutela Antecipada. Ano de finalização: 1999.
Orientador: Getúlio Targino.

1998 - 1999 Especialização em Direito Civil. (Carga horária: 256h)
Academia de Policia Civil do Estado de Goiás, ACPCEGO, Goiás, Brasil.
Título: Reparação Civil. Ano de finalização: 1999.
Orientador: Adegmar José Ferreira.

1994 - 1998 Graduação em Bacharelado Em Direito.
Universidade Católica de Goiás, UCG, Goiás, Brasil.
Bolsista do(a): Universidade Católica de Goiás, UCG, Brasil.

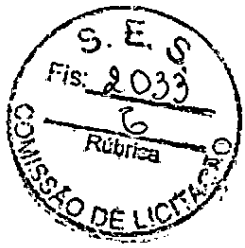
1992 - 1993 Ensino Médio (2o grau).
Mountain Home High School, MHHS, Estados Unidos.

1989 - 1992 Ensino Médio (2o grau).
Centro Educacional Objetivo, CEO, Goiás, Brasil.

1979 - 1988 Ensino Fundamental (1o grau).
Colégio Santo Agostinho, CSA, Goiás, Brasil.

Instituto GERIR
Fls. 458

JOÃO PAULO BRZEZINSKI



TCE 2051

3 ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Brzezinski Advogados Associados S/S
Vínculo institucional
1998 - Atual Vínculo: Sócio Proprietário.
Outras informações
Escritório de Advocacia.
Atividades
3/1998 - Atual Outras atividades técnico-científicas, OAB - GO
Escritório de Advocacia.
Atividades realizadas
1. Advocacia.

Defensoria Pública do Estado de Goiás – DPE-GO
Vínculo institucional
2011 - 2012 - Anterior Vínculo: Defensor Público Geral do Estado de Goiás.
Outras informações
Assistência Jurídica.

Faculdades Alves Faria - ALFA
Vínculo institucional
2003 - Atual Vínculo: Professor Titular, Carga horária: 20.
Atividades
2/2005 - Atual Ensino, Bacharelado em Direito, Nível: Graduação.
Disciplinas ministradas
1. Direito Comercial I.
1. Direito Comercial II.
1. Direito Comercial III.
1. Núcleo de Prática Jurídica - NPJ.

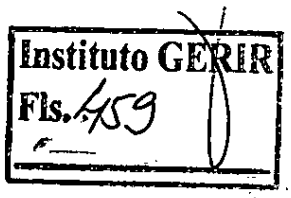
Universidade Católica de Goiás - UCG
Vínculo institucional
2003 - 2004 Vínculo: Professor Convidado, Carga horária: 8.
Atividades
2/2003 - Atual Ensino, Bacharelado em Direito, Nível: Graduação.
Disciplinas ministradas
1. Direito Civil V.

Universidade Paulista - UNIP
Vínculo institucional
2003 - Atual Vínculo: : Professor Titular, Carga horária: 16.
Atividades
2/2003 - Atual Ensino, Bacharelado em Direito, Nível: Graduação.
Disciplinas ministradas
1. Direito Processual Civil III.
2. Direito Processual Civil IV.
3. Prática Cível II.

Colégio e Faculdades Aphonsiano - APHONSIANO
Vínculo institucional
2002 - 2002 Vínculo: Professor Titular, Carga horária: 8.
Atividades
1/2002 – 2/2002 Ensino, Ciências Contábeis, Nível: Graduação.
Disciplinas ministradas
1. Legislação Social Trabalhista.

Universidade Paulista - UNIP

RUA 146, 92, MARISTA, GOIÂNIA – GO
(62) 3281-3264 - www.jpb.adv.br
advocacia@jpb.adv.br



S. E. S.
Fls: 2034
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO
TCE 2052

Vínculo institucional
2002 - Atual Vínculo: Professor Titular, Carga horária: 16.
Atividades
1/2002 - Atual Ensino, Direito, Nível: Graduação.
Disciplinas ministradas
1. Direito Processual Civil III.
2. Direito Processual Civil IV.
3. Direito Civil V.
4. Direito Civil VI.
5. Direito Civil VII.

Universidade Católica de Goiás - UCG
Vínculo institucional
1999 - 2000 Vínculo: Professor Convidado, Carga horária: 20.
Atividades
2/1999 - Atual Ensino, Bacharelado Em Direito, Nível: Graduação.
Disciplinas ministradas
1. Instituições do Direito.
2. Direito Comercial III.
3. Seminário I.
4. Direito Comercial IV.
5. Direito Comercial II.
6. Direito Civil III.
7. Legislação Comercial.
8. Direito Comercial I.
9. Direito Processual Civil IV.

8/2000 - 12/2000 Extensão, Departamento de Ciências Jurídicas, Núcleo de Prática Jurídica.
Atividades de extensão realizadas
1. Visita aos Órgãos do Poder Judiciário.

8/2000 - 12/2000 Estágios, Departamento Direito, Núcleo de Prática Jurídica.
Estágios realizados
1. Supervisão de Peças Processuais.

Faculdade Nossa Senhora Aparecida - FANAP
Vínculo institucional
2000 - 2001 Vínculo: Professor Titular, Carga horária: 8.
Atividades
8/2000 - 12/2001 Ensino, Ciências Contábeis, Nível: Graduação.
Disciplinas ministradas
1. Direito Comercial II.
2. Legislação Tributária.
3. Legislação Comercial.
4. Legislação Social Trabalhista.

Escola de Inglês Mnemo System - MNEMO SYSTEM
Vínculo institucional
1994 - 1995 Vínculo: Professor Titular, Carga horária: 20.
Atividades
11/1994 - 6/1995 Ensino, Inglês, Nível: Aperfeiçoamento.
Disciplinas ministradas
1. Inglês.

International House - SCHOOL HOUSE
Vínculo institucional
1994 - 1995 Vínculo: Professor Titular, Carga horária: 20.
Atividades

Instituto GERIR
Fls. 460

S. E. S.
Fls: 2035
Rubrica

TCE 2053

11/1994 - 6/1995 Ensino, Inglês, Nível: Aperfeiçoamento.
Disciplinas ministradas
1. Inglês.

Centro de Idiomas Finest - FINEST
Vínculo institucional
1994 - 1994 Vínculo: Professor Titular, Carga horária: 40.
Atividades
2/1994 - 10/1994 Direção e administração, Escola de Inglês, Coordenação.
Cargos ou funções
1. Coordenador de ensino.
1/1994 - 10/1994 Ensino, Inglês, Nível: Aperfeiçoamento.
Disciplinas ministradas
1. Inglês.

4 ATUAÇÃO INSTITUCIONAL

Ordem dos Advogados do Brasil Secção Goiás
1 Conselheiro Seccional (triênio 2010/2012).
Palavras-chave: Conselho OAB.
Áreas do conhecimento: Julgamento de Processos Administrativos, Éticos, Disciplineres e Direção da Instituição

Ordem dos Advogados do Brasil Secção Goiás
2 Vice Presidente da Comissão de Ensino Jurídico (triênio 2010/2012).
Palavras-chave: OAB Ensino Jurídico
Áreas do conhecimento: Curso Direito Ensino Jurídico Docência

Ordem dos Advogados do Brasil Secção Goiás
3 Vice Presidente da Comissão da Advocacia Jovem (triênio 1999/2000)
Palavras-chave: OAB Advogado Inicio de Carreira
Áreas do conhecimento: Advocacia Prerrogativas Regimento

5 ÁREAS DE ATUAÇÃO

1 Direito Privado, Direito Agrário, Direito Civil, Direito Empresarial.
2 Direito Público, Direito Constitucional, Direito Administrativo, Direito Internacional e Direito Processual Civil, Direito Previdenciário. Direito do Trabalho

6 IDIOMAS

Compreende: Espanhol (Bem), Inglês (Bem), Português (Bem).
Fala: Espanhol (Bem), Inglês (Bem), Português (Bem).
Lê: Espanhol (Bem), Inglês (Bem), Português (Bem).
Escreve: Espanhol (Bem), Inglês (Bem), Português (Bem).

7 PRODUÇÃO CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA E ARTÍSTICA/CULTURAL

7.1 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA

1 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. (Co-autoria) O Estado e Desenvolvimento Regional: Realidade e Perspectivas do Centro-Oeste Brasileiro. 2012, Goiânia. 2012.
Palavras-chave: Tributário, Desenvolvimento Regional
Áreas do conhecimento: Direito Tributário.
Setores de atividade: Outros.

Instituto GERIR
Fls. 461

S. E. S.
Fls: 2036
6
Rubrica

Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso.

2 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. A Nova Lei de Falência e Recuperação Judicial. In: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO,
2003, Goiânia. 2003.
Palavras-chave: Falência.
Áreas do conhecimento: Direito Comercial.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Digital.

TCE 2054

3 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. Teoria Tridimensional do Direito. In: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO,
2002, Goiânia. 2002.
Palavras-chave: Teoria Tridimensional.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Digital.

7.2 DEMAIS TRABALHOS

1 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. As consideráveis modificações do Código de Processo Civil. 2001.
(Monografia).
Palavras-chave: Código de Processo Civil.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Argentina/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de crédito Seminário III; Local
do evento: UMSA.

2 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. Da tradição ao Mercado de Trabalho: Avaliação da trajetória
profissional do egresso do curso de Direito das Universidades Federal e Católica de Goiás - UFG/UCG.
2001. (Monografia).
Palavras-chave: Mercado de Trabalho; Trajetória Profissional; Direito; UFG; UCG.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Argentina/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de crédito de Elaboração de
tese; Local do evento: UMSA.

3 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. Filosofia do Direito. 2001. (Monografia).
Palavras-chave: Filosofia; Direito.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Argentina/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de Crédito de Filosofia do
Direito; Local do evento: UMSA.

4 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. Filosofia ou Teoria do Direito?. 2001. (Monografia).
Palavras-chave: Filosofia; Teoria do Direito.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de Crédito de Seminário I; Local do
evento: UMSA.

5 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. Reparação Civil. 2001. (Monografia).
Palavras-chave: Projeto de Tese.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino.
Setores de atividade: Educação superior.
Referências adicionais: Argentina/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de Crédito de Metodologia e
Elaboração de tese; Local do evento: UMSA.

RUA 146, 92, MARISTA, GOIÂNIA – GO
(62) 3281-3264 - www.jpb.adv.br
advocacia@jpb.adv.br

Instituto GERIR
Fls. 462

TCE 2055 S. E. S. Fls: 2037 Rubrica COMISSÃO DE LICITAÇÃO

6 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. A aplicação da Taxa Referencial - TR como Índice de Correção
Monetária em Contratos de Adesão. 1999. (Monografia).
Palavras-chave: Taxa Referencial; Correção Monetária; Contratos de Adesão.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de Crédito da Especialização; Local
do evento: APCGO.

7 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. Direito Natural e Direito Positivo. 1999. (Monografia).
Palavras-chave: Direito Natural; Direito Positivo.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de Crédito da Especialização; Local
do evento: APCGO

8 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. Sociedades Anônimas. 1999. (Monografia).
Palavras-chave: Sociedades Anônimas.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Argentina/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de Crédito Seminário III; Local
do evento: UMSA.

9 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. O Direito: sua Definição, Conceituação e Compreensão. 1998.
(Monografia).
Palavras-chave: Direito; Definição; Conceituação; Compreensão.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de Crédito da Especialização; Local
do evento: APCEGO.

10 CUNHA, Joao Paulo Brzezinski da. Teorias que comprovam a Existência Jurídica da Pessoa Jurídica.
1998. (Monografia).
Palavras-chave: Existência Jurídica; Pessoa Jurídica; Teorias.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Finalidade: Cumprimento de Crédito da Especialização; Local
do evento: APCEGO.

8 DADOS COMPLEMENTARES

8.1 PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS

1 Debate à Realidade da Justiça Militar. 1997. (Participações em eventos/Seminário).
Palavras-chave: Justiça Militar.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português.

2 I Seminário do Sindicato dos Advogados do Estado de Goiás. 1996. (Participações em eventos/Seminário).
Palavras-chave: Advocacia.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português.

3 Semana Jurídica da UCG. 1996. (Participações em eventos/Seminário).

Instituto GERIR
Fls. 463

S. E. S.
Fls: 2038
Rubrica
DIVISÃO DE LICITAÇÃO

Palavras-chave: Direito.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português.

4 III Seminário de Sociologia Jurídica. 1995. (Participações em eventos/Seminário).
Palavras-chave: Sociologia Jurídica.
Áreas do conhecimento: Sociologia Jurídica.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português.

TCE 2056

5 Simpósio Goiano sobre Sistema Financeiro da Habitação. 2000. (Participações em eventos/Simpósio).
Palavras-chave: Sistema Financeiro Habitação.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português.

6 XI Simpósio Nacional Os Notáveis. 1998. (Participações em eventos/Simpósio).
Palavras-chave: Os Notáveis.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português.

7 União Estável e Ação de Investigação de Paternidade. 1996. (Participações em eventos/Simpósio).
Palavras-chave: União Estável; Investigação de Paternidade.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português.

8 Encontro Nacional dos Estudantes de Direito. 1996. (Participações em eventos/Encontro).
Palavras-chave: Ened.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Brasil/Português.

9 V Encuentro Internacional de Derecho de América del Sur. 1996. (Participações em eventos/Encontro).
Palavras-chave: Direito internacional.
Áreas do conhecimento: Filosofia do Direito; Métodos e Técnicas de Ensino; Direito Processual Civil.
Setores de atividade: Outros.
Referências adicionais: Argentina/Português.

RUA 146, 92, MARISTA, GOIÂNIA – GO
(62) 3281-3264 - www.jpb.adv.br
advocacia@jpb.adv.br

Instituto GERIR
Fls. 464

CERTIFICADO

FACULDADES ALFA
ALVES ARIA

O Diretor Superintendente certifica que JOÃO PAULO BRZEZINSKI DA CUNHA concluiu o curso de ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DO ENSINO SUPERIOR, promovido pela Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu, realizado nos termos da Resolução nº. 01/2007, de 08/06/2007, do CNE-CES/MEC, no período de *setembro de 2004 a outubro de 2007* com carga horária de 390 horas.

Goiânia, 01 de *Dezembro* de 2009.

Instituto GERIR
Fls. 165

Nelson de Carvalho Filho
Diretor Superintendente

ESTADO DE GOIÁS
0308ca52722

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento(Dec

João Paulo Brzezinski da Cunha
Diplomado

TE 2057

FACULDADES ALFA

Diretoria de Pós Graduação, Pesquisa e Extensão
Coordenação de Pós Graduação Lato Sensu

HISTÓRICO ESCOLAR

Curso
PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DO ENSINO SUPERIOR

Área de Conhecimento
EDUCAÇÃO

Aluno
JOAO PAULO BRZEZINSKI DA CUNHA

Matrícula
20842736041

Doc. Ident.	Órgão Expedidor	UF	Naturalidade	Data Nascimento	Credenciamento
2095832	DGPC	GO	GOIANIA - GO	25/05/1975	Port. 443 - 30/03/2000.

Disciplina	Carga Horária	Nota	Freq.	Docente	Titulação
ATIVIDADES COMPLEMENTARES	30		100	DARLEI DÁRIO PADILHA	M
AVALIAÇAO E MEDIDAS EDUCACIONAIS	60	7	83	LUCIA MARIA DE ASSIS	M
DIDATICA DO ENSINO SUPERIOR	60	7	95	DARLEI DÁRIO PADILHA	M
EDUCAÇAO E AS TEC. DE INFORMAÇAO E COMUNICAÇAO	30	7.5	100	ALZINO FURTADO DE MENDONÇA	D
ESTRATEGIAS E PRATICAS PEDAGOGICAS	30	9	83	ROSARIANE GLAUCIA MENDONÇA	M
GESTAO E PLANEJAMENTO DO ENSINO	60	9.5	100	DANUSIA ARANTES FERREIRA BATISTA	M
LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO	60	9.5	95	ECLEA CAMPOS FERREIRA	M
METODOLOGIA CIENTIFICA	30	9	100	HELIANE PRUDENTE NUNES	D
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	30	10	100	DARLEI DÁRIO PADILHA	M

TEMA: LINHA DE PESQUISA: PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

TITULAÇÃO	
G - Graduado	D - Doutor
B - Bacharel	M - Mestre
E - Especialista	

O curso foi realizado atendendo integralmente as orientações preconizadas pela Resolução n. 1/2007 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

* TCC : Trabalho de Conclusão de Curso (Elaboração de Monografia)

Goiânia (GO), 01 de dezembro de 2009

DARLEI DÁRIO PADILHA
Coordenador da Pós Graduação
Lato-Sensu

Diretoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão - ALFA
Setor de Controle e Registro Acadêmico
Certificado Registrado sob nº 109 Fls. 109 Livro 01
Processo nº 411747
Em: 01/12/2009
Secretária Geral

10 5021

Centro Educacional Alves Faria Ltda.
Faculdade Alves Faria

FACULDADES ALFA ALVES FARIA

A Diretora Acadêmica em exercício da Diretoria Superintendente da Faculdade Alves Faria, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional, em 31 de agosto de 2009, confere o título de

Mestre em Desenvolvimento Regional a

João Paulo Brzezinski da Cunha

brasileiro, natural de Curitiba, Estado do Paraná, nascido a 25 de maio de 1975,
Cédula de identidade 2095032 DGPC-GO

e lhe outorga o presente Diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 22 de abril de 2010.

Instituto GERIR
Fls. 466

Danúsia Arantes Ferreira Batista de Oliveira
Diretora Acadêmica em exercício da
Diretoria Superintendente

João Paulo Brzezinski da Cunha
Diplomado

Cartório Ubiratan Rodrigues de Oliveira
Tab. Dr. [illegible] C. Oliveira
5º OFÍCIO-GOIÂNIA

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento(Dec. Lei 4.799 de 9 de abril de 1940).

ESTADO DE GOIÁS
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
0308C352732

TE 20358

Diretoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão - ALFA
Setor de Controle e Registro Acadêmico

Certificado Registrado sob nº. 001 Fls. 001 Livro 1

Processo nº 439506

Em: 22/04/2010

Secretária Geral

Estado de Goiás
Conselho da Ordem do Mérito
Anhanguera

) Governador do Estado de Goiás, Marconi Ferreira Perillo Júnior,
irão-Mestre da Ordem do Mérito Anhanguera, e nos termos do
ecreto nº 7406 de 26 de julho de 2011, confere a

João Paulo Brzezinski da Cunha

grau Grande-Oficial, por seus relevantes serviços prestados ao Estado de Goiás

Goiânia, 26 de julho de 2011

MARCONI FERREIRA PERILLO JÚNIOR

Instituto GERIR
Fls. 197

S. E. S.
Fls. 2041
Rubrica

TJE 2059

REPUBLICA ARGENTINA

Universidad del Museo Social Argentino

Fundada el 5 de noviembre de 1956

Departamento de Posgrado

Por cuanto JOÃO PAULO BRZEZINSKI DA CUNHA Pasp. Nº CW638999 BRASIL, *ha terminado satisfactoriamente en este Departamento, los estudios teórico - prácticos correspondientes al Doctorado en Ciencias Jurídicas y Sociales el 17 de noviembre de 2011.*

En mérito a ello se le otorga el presente título de DOCTOR EN CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES *de acuerdo con lo dispuesto por la legislación vigente.*

Buenos Aires, 18 de abril de 2012

Registrado bajo el Nº: 14940

Instituto GERIA Fls. 168

Dr. Patricio M. Asensio Vives
Secretario General

Dr. Eduardo E. Sisón
Vicerrector de Posgrado

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
0206120828170802601043S - Consulte:
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 12 de dezembro de 2013.
Thiago Augusto Otto Scandiucci - Escrevente

Dr. Guillermo E. Garbarini Islas
Rector

Firma del Interesado

S. E. S. Fls. 2049

TE 2060

Certifico que JOÃO PAULO BRZEZINSKI DA CUNHA Pasp. Nº CW638999, República Federativa de Brasil, ha obtenido el título de Doctor en Ciencias Jurídicas y Sociales en esta Universidad. En razón de haber ingresado en carácter de graduado con título extranjero, el presente documento de posgrado no lo habilita para el ejercicio profesional de Bacharel em Direito, dentro del territorio de la República Argentina. Solo lo habilita para desarrollar actividades académicas.

C. A. de Buenos Aires, 18 de abril de 2012.

GUILLERMO E. GARBARINI ISLAS
Rector

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN UNIVERSITARIA

Certifico que GUILLERMO E. GARBARINI ISLAS y PATRICIO M. ASENSIO VIVES a la fecha de expedición del presente diploma, revistaban en el carácter que invocan precedentemente y que las firmas que anteceden guardan similitud con las que obran en nuestros registros.

BUENOS AIRES, 8 MAY 2012

Lic. CLARA A. CRISPO

Certifico que la firma que antecede en esc... guarda similitud con la que obra en nuestros registros. Bs. As.

Ministerio de Educación

ME000000033867

BRZEZINSKI DA CUNHA, JOÃO PAULO
PAS CW638999
UNSA - Doctor en Ciencias Jurídic

SERIE A 4206416

REPÚBLICA ARGENTINA
MINISTERIO de
RELACIONES EXTERIORES
COMERCIO INTERNACIONAL Y CULTO

Dirección General de Asuntos Consulares
Unidad de Coordinación Legalizaciones

HABILITADO

La Unidad de Coordinación Legalizaciones del Ministerio de Relaciones Exteriores Comercio Internacional y Culto certifica que la firma que aparece en este documento: TITULO y dice SILVIA N. PIERINI guarda similitud con la que obra en sus registros.

Titular del documento: JOÃO PAULO BRZEZINSKI DA CUNHA
Nº de Orden: 96331/2012
Arancel: 7.9.5
Importe: 0
Fecha: 8/7/06/2012

PAULA MELISA TOMAS

20120096331

7C3390AE4B09511302C04E38A6D0CF08

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida Republica do Líbano, esq. c/ Rua K, nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - GO
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2223 - FAX: (62) 3092-2224

020812062817080260104344 - Consulte em
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 12 de dezembro de 2013.
Thiago Augusto Otto Scandiucci - Escrevente

Tabelionato de Notas de Goiânia
Escrevente

OAB
GOIÁS

A Ordem dos Advogados do Brasil - Seção de Goiás
outorga ao advogado

João Paulo Brzezinski da Cunha

o presente diploma de **Vice-Presidente da Comissão de Ensino Jurídico**
por sua investidura para o triênio de 2010/2012.

Instituto GERIR
Fls. 469

Goiânia, 07 de abril de 2010.

Henrique Tibúrcio
Presidente

TJE 2061

OAB
GOIÁS

A Ordem dos Advogados do Brasil - Seção de Goiás
outorga ao advogado

João Paulo Brzezinski

o presente diploma de **Conselheiro Seccional**
por sua investidura para o triênio de 2010/2012.

Instituto GERIR
Fls. 420

Goiânia, 01 de janeiro de 2010.

Henrique Tibúrcio
Presidente

TE 2062

TRIBUNAL DE ELEITORAL
FLS. 4044

Estado de Goiás
Diretoria-Geral da Polícia Civil
Superintendência da Academia de Polícia Civil

O Superintendente da Academia de Polícia Civil, nos termos do item IV, do artigo 31, do Decreto nº 3.189, de 30 de maio de 1989 e considerando a aprovação de **JOÃO PAULO BRZEZINSKI DA CUNHA**, nascido(a) em 25/05/75, na cidade de Curitiba - PR, filho(a) de Jose Francisco Barreto da Cunha e de Iria Brzezinski Barreto da Cunha, no curso de **Especialização em DIREITO CIVIL E DIREITO PROCESSUAL CIVIL**, lhe confere o presente

CERTIFICADO

Goiânia, 3 de Maio de 2000.

Superintendente

Laeno Cunha Silva Melo
Chefe da Divisão de Ensino

Concluinte

Instituto GERIR
Fls. 129

TCE 2063

S. E. S.
Fls. 2045

O Curso de **Especialização em Direito Civil e Direito Processual Civil**, a nível de pós-graduação, teve duração de (02) dois anos letivos, foi ministrado nos anos de 1998/1999 e encerrado na data de 16/12/99.

Goiânia-Go., 03 de maio de 2000.

Edna Maria Nascimento
Chefe da Divisão Administrativa

TCE 2064

MOUNTAIN HOME HIGH SCHOOL

300 South 11th East
Mountain Home, Idaho 83647
(208) 587-2570

T. C. E.
Fls. 2046
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

A presente legalizacão verifica a autenticidade deste documento, tal como atesta a fonte emitente.

June 01, 1993

Los Angeles, 21 de 6 de 1993

Brazilian Consulate General
3810 Wilshire Boulevard, Suite 1500
Las Angeles, CA 90010

Pagou CR$ 5,00 Ouro
ou US$. 5,00 Tab. 414

MICHAEL FRANCIS GE
Cônsul-Geral Adjunto

TO WHOM IT MAY CONCERN:

JOAO PAULO BRZEZINSKI CUNHA
DATE OF BIRTH: MAY 25, 1975

JOAO PAULO BRZEZINSKI CUNHA WAS ENROLLED AS A FULL-TIME STUDENT AT MOUNTAIN HOME HIGH SCHOOL FROM AUGUST OF 1992 THROUGH MAY OF 1993.

YOU WILL FIND ENCLOSED AN OFFICIAL SEALED COPY OF HIS TRANSCRIPT FOR HIS STUDIES HERE AND AN OFFICIAL SEALED COPY OF HIS CERTIFICATE OF ATTENDANCE (DIPLOMA).

JOAO PAULO CUNA WAS ENROLLED IN THE FOLLOWED SUBJECTS

SEMESTER 1		
BASIC ENGLISH GRAMMAR AND COMPOSITION	B	1 credit
SPANISH 2	B+	1 credit
HEALTH	B	1 credit
ALGEBRA 1	B-	1 credit
GUITAR	A	1 credit
ADVANCED PHYSICAL EDUCATION	B	1 credit
AMERICAN HISTORY	D+	1 credit
SEMESTER 2		
BEGINNING KEYBOARDING	B	1 credit
BASIC ENGLISH GRAMMAR AND COMPOSITION	B	1 credit
SPANISH 2	B	1 credit
ADULT LIVING 1	C-	1 credit
PHYSICAL EDUCATION WEIGHT TRAINING	C	1 credit
ADVANCED PHYSICAL EDUCATION	P	1 credit
AMERICAN HISTORY	D+	1 credit

June 1, 1993
Notary Public
Elmore Co., Idaho

MARSHA L. BENNETT, REGISTRAR 06.01.93 DOUGLAS E. JOHNSON, PRINCIPAL

Instituto GERIR
Fls. 472

ICE 2065

SCHOOL DISTRICT NO. 193; MOUNTAIN HOME, IDAHO

PERMANENT RECORD CARD

S. E. S. Fls: 2047 6 Rubrica

June 1, 1993
Queen W. Swenson
Notary Public
Elmore Co., Idaho

LAST NAME	FIRST NAME	M.I.	DATE OF BIRTH	MO.	DAY	YEAR	BIRTHPLACE
CUNHA	JOAO PAULO			05	25	75	BRAZIL

RESIDENCE STREET AND HOUSE NO. — USE PENCIL: 1255 E. 39th N. Mountain Home, Idaho 83647 HOST FAMILY

TELEPHONE NO.: 587-8745

FATHER'S NAME	MOTHER'S NAME	GUARDIAN	RELATIONSHIP
Robert Wortham	Linda Wortham		

ELEMENTARY SCHOOL RECORD

GR.	YEAR	SCHOOL	TEACHER	PROMOTE RETAIN	Read	Math	Eng.	Spell	Soc. Stud.	Sc.	Hnd. Wtg.	Music	Band	Art	P.E.	Health	DAYS PRESENT	DAYS ABSENT
KH																		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		

DATE			DATE		
E. FROM:			E. FROM:		
WD TO:			WD TO:		
E. FROM:			E. FROM:		
WD TO:			WD TO:		
E. FROM:			E. FROM:		
WD TO:			WD TO:		

LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME	SEX
CUNHA	JOAO	PAULO	M XX F

Instituto GERIR Fls. 473

LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME	SEX
CUNHA	JOAO	PAULO	M XX F

ENTRANCE AND WITHDRAWAL GRADE 9-12

08/31/92 entered from Brazil

TRANSCRIPTS SENT: (PLACE AND DATE)

S. E. D.
Fls: 2048
6
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

TCE 2066

SPECIAL STATUS - EXCHANGE STUDENT

CUNHA JOAO PAULO 12M
MHHS SEM 1&2 92/93

1	BS GRM &COMP	B	1.0
1	SPANISH 2	B+	1.0
1	HEALTH	B	1.0
1	ALGEBRA 1	B-	1.0
1	GUITAR	A	1.0
1	ADV PE	B	1.0
1	AM HISTORY	D+	1.0
2	BEG KEYBOARD	B	1.0
2	BS GRM &COMP	B	1.0
2	SPANISH 2	B	1.0
2	ADLT LIVING1	C-	1.0
2	PE WT TRAINB	C	1.0
2	ADV PE	P	1.0
2	AM HISTORY	D+	1.0

ABS: 10.0

	GPA	CREDITS
CURRENT	2.615	14.0
CUM	2.615	14.0

June 1, 1993
Eileen W. Swenson
Notary Public
Elmore Co., Idaho

CERTIFICATE OF ATTENDANCE
MAY 29, 1993
MOUNTAIN HOME HIGH SCHOOL
MOUNTAIN HOME, IDAHO

CREDITS FROM OUTSIDE SCHOOLS:

NORTHWEST ASSOCIATION OF SCHOOLS AND COLLEGES 1917

REGISTRAR
06-01-93
Mountain Home Senior High School
Mountain Home, ID 83647

Instituto GERIR
Fls. 474

GERIR

TCE 2067

S. E. S.
Fls: 2049
Rubrica
COMISSÃO DE LICITAÇÃO

8. DECLARAÇÃO: ANEXO IV

Instituto GERIR
Fls. 475

GERIR

TCE 2068

S. E. S.
Fls: 2050
Rubrica

DECLARAÇÃO

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei no Hospital de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - **HUTRIN** todos os serviços descritos na PROPOSTA TÉCNICA apresentada no Chamamento Público no 003/2013 aos custos indicados na PROPOSTA FINANCEIRA.

Declaro que a validade das propostas apresentadas é de 120 dias a partir da data de abertura da seleção.

Declaro, ainda, que conheço as leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como, respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Goiânia, 10 de Dezembro de 2013.

1º Tab.

Eduardo Reche de Souza
Presidente – INSTITUTO GERIR

TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GO
TABELIONATO TEIXEIRA NETO

Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura de:
467636 - EDUARDO RECHE DE SOUZA
Goiânia/GO - 12/12/2013 15:21:27 - U: 48
N° Selo Eletrônico: 02011311011229023030175
Em Testemunho da verdade.

Rua 3 esq. c/ Rua 14 - Setor Oeste - Fones (62) 3526-3777 / 3526-3755

Instituto GERIR
Fls. 476