

TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 036/2026, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO - IGEDES, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING, HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO E MATERNIDADE LEILA DINIZ, CONFORME PROCESSO 000900.029829/2026-98.

Aos seis dias do mês de abril de 2026, de um lado o **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, entidade autônoma de direito público interno, doravante denominado **MUNICÍPIO**, inscrito no CNPJ sob o nº 042.498.733/0001-48, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS**, com sede na Rua Afonso Cavalcanti nº 455, bloco I, sala 701, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, o Senhor **RODRIGO DE SOUSA PRADO**, brasileiro, Cirurgião Dentista, portador da Cédula de Identidade nº 10735362-5, expedida pelo IFP/RJ, inscrito no CPF sob o nº 081.560.837-33, e, do outro lado, a **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO - IGEDES**, doravante denominada **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC**, inscrita no CNPJ sob o nº 05.696.218/0001-46, com sede na Av. das Américas, nº 3500, Bloco 07, Salas 703 a 706, Barra da Tijuca, CEP.: 22.640-102, neste ato representada pelo Diretor-Geral, Senhor **CARLOS ALBERTO BOHRER DE ANDRADE FIGUEIRA**, portador da Cédula de Identidade nº 29.356.866-3, expedida pelo IFP/RJ, inscrito no CPF sob o nº 245.148.706-25, após regular Chamamento Público nº 006/2025, com fundamento na Lei Federal nº 13.019/2014, e suas alterações, no Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas alterações, e consoante autorização do Senhor Subsecretário de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, devidamente publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro nº 176, de 01/12/2025, pág. 38, assinam o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, mediante as seguintes CLÁUSULAS e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

O presente TERMO reger-se-á por toda a legislação aplicável à espécie, e ainda pelas disposições que a completarem, cujas normas, desde já, entendem-se como integrantes deste, em especial pelas normas gerais da Lei Federal nº 13.019, de 31.07.2014, e suas alterações; do Decreto nº 42.696, de 26.12.2016, do Decreto nº 55.417, de 05.12.2024, e outras alterações; do Decreto nº 21.083, de 20.02.2002; do Decreto nº 32.318, de 7.06.2010; pela Lei Federal nº 13.709, de 14.08.2018, pelo Decreto Rio nº 53.700, de 8.12.2023, pela Resolução CVL nº 216, de 15.12.2023; pelas normas do Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº 207, de 19.12.1980, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº 01, de 13.09.1990; pelas normas do Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº 3.221, de 18.09.1981 e suas alterações; bem como pelas demais normas citadas no Edital de Chamamento Público nº 006/2025, as quais a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL declara conhecer e se obriga a respeitar, ainda que não transcritas neste instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

O presente TERMO DE COLABORAÇÃO tem por objeto o Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde, por meio de parceria, que assegure assistência universal e gratuita à população obstétrica no ciclo gravídico puerperal e neonatal, única e exclusivamente para o Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do **HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING** e **HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO**, localizados na AP 3.3, e da **MATERNIDADE LEILA DINIZ**, localizada na AP 4.0, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho (Anexo I) e do Cronograma de Desembolso (Anexo II).

Parágrafo Único: A execução do presente TERMO DE COLABORAÇÃO dar-se-á pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, observadas todas as condições propostas pela instituição na Proposta Técnica e Econômica e no Edital de Chamamento Público nº 006/2025.

a) Passará a ser gerido de imediato pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:

Unidade	Endereço	Bairro	Início de operação previsto	Abreviação a ser utilizada
Hospital Maternidade Alexander Fleming	Rua Jorge Schmidt, nº 331	Marechal Hermes	10/04/2026	HMAF
Hospital Maternidade Herculano Pinheiro	Av. Ministro Edgard Romero, nº 276	Madureira	10/04/2026	HMHP
Maternidade Leila Diniz	Av. Ayrton Senna, nº 2000	Barra da Tijuca	10/04/2026	MLD

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL possui as seguintes obrigações:

- (i) desenvolver, em conjunto com o MUNICÍPIO, o objeto da parceria conforme o Plano de Trabalho (Anexo I) e o Cronograma de Desembolso (Anexo II);
- (ii) arcar com todos os demais custos que superem a estimativa prevista no Cronograma de Desembolso (Anexo II);
- (iii) prestar, sempre que solicitadas, quaisquer outras informações sobre a execução financeira desta parceria;
- (iv) permitir a supervisão, fiscalização, monitoramento e avaliação do MUNICÍPIO sobre o objeto da presente parceria;
- (v) não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação do atendimento prestado;
- (vi) manter atualizadas as informações cadastrais junto ao MUNICÍPIO, comunicando-lhe imediatamente quaisquer alterações em seus atos constitutivos;
- (vii) selecionar e contratar os profissionais necessários à consecução da presente parceria, nos termos dos documentos referidos no item (i) desta CLÁUSULA, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso, observando a legislação vigente e, em particular, a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT;
- (viii) recolher, na condição de empregador, todos os encargos sociais, previdenciários e fiscais, oriundos das referidas contratações;
- (ix) responsabilizar-se pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no presente TERMO DE

COLABORAÇÃO, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária do MUNICÍPIO pelos respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução;

(x) manter o valor da parcela mensal referente a verbas rescisórias, quando for o caso, bem como os saldos das parcelas não utilizadas, em aplicação financeira, na forma do Decreto RIO nº 50.026/2021;

(xi) abrir conta corrente bancária específica isenta de tarifa bancária, apresentando o extrato zerado da referida conta à Coordenadoria Técnica de Convênios e Contratos de Gestão com Organizações Sociais (S/SUBG/CTGOS);

(xii) permitir o livre acesso dos agentes da Administração Pública aos processos, aos documentos, às informações relacionadas ao TERMO DE COLABORAÇÃO bem como aos locais de execução do respectivo objeto;

(xiii) os bens permanentes porventura adquiridos, produzidos ou transformados com recursos transferidos deverão ser obrigatoriamente entregues ao MUNICÍPIO em até 30 (trinta) dias do término da parceria, observada a CLÁUSULA SEXTA.

(xiv) arcar com os acréscimos decorrentes de atraso de pagamentos a que a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL tenha dado causa, tais como juros ou qualquer tipo de correção/atualização, dentre outros;

(xv) prestar contas da aplicação dos recursos repassados na forma da CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA do presente instrumento, mantendo em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer da parceria durante o prazo de 10 (dez) anos;

(xvi) apresentar relatórios de Execução do Objeto e de Execução Financeira, conforme previsto na CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA, parágrafo primeiro;

(xvii) Divulgar a presente parceria na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações, na forma do artigo 47 do Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas alterações;

(xix) observar as normas contidas na Lei Federal nº 8.080/90.

(xx) observar as medidas previstas na Política de Segurança da Informação - PSI no âmbito do Poder Executivo Municipal, constante do Decreto Rio nº 53.700, de 8 de dezembro de 2023, nos termos da Resolução CVL nº 216, de 15 de dezembro de 2023, no que tange ao tratamento de dados pessoais em meios digitais e decorrente da execução deste TERMO DE COLABORAÇÃO;

(xxi) desenvolver e dar publicidade à política de privacidade própria e adequada à LGPD, sendo aplicável aos dados pessoais tratados em decorrência da execução deste TERMO DE COLABORAÇÃO.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

O MUNICÍPIO possui as seguintes obrigações:

- (i)** Através da S/Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência, supervisionar, fiscalizar, monitorar e avaliar a execução do Plano de Trabalho objeto do presente TERMO DE COLABORAÇÃO;
- (ii)** Repassar à ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL os recursos necessários à execução deste TERMO DE COLABORAÇÃO;
- (iii)** Receber, analisar e emitir parecer técnico conclusivo sobre a prestação de contas das verbas recebidas pela ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL;
- (iv)** Elaborar Relatório de Visita Técnica *in loco* e Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação.

CLÁUSULA QUINTA – DAS VEDAÇÕES

É vedado, no âmbito desta parceria:

- (i)** utilizar recursos para finalidade alheia ao objeto da parceria;
- (ii)** remunerar, com recursos da parceria, cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau, de agente público que exerça, no órgão ou entidade da Administração Municipal, cargo de natureza especial, cargo de provimento em comissão ou função de direção, chefia ou assessoramento;
- (iii)** pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;
- (iv)** realizar despesa em data anterior à vigência da parceria;
- (v)** efetuar pagamento em data posterior à vigência da parceria, salvo se expressamente autorizado pela autoridade competente da Administração Municipal e desde que o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante a vigência da parceria;
- (vi)** transferir recursos para clubes, associações de servidores, partidos políticos ou quaisquer entidades congêneres;
- (vii)** realizar despesas com:
 - (a)** multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou a

recolhimentos fora dos prazos, salvo se decorrentes de atrasos da Administração Municipal na liberação de recursos financeiros;

(b) publicidade, salvo as previstas no plano de trabalho e diretamente vinculadas ao objeto da parceria, de caráter educativo, informativo ou de orientação social, das quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;

(c) pagamento de pessoal contratado pela organização da sociedade civil que não atendam às exigências do art. 29 do Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas alterações;

(d) obras que não sejam de mera adaptação e de pequeno porte.

CLÁUSULA SEXTA – DA DOAÇÃO DOS BENS MÓVEIS

Os bens móveis remanescentes adquiridos, produzidos ou transformados com recursos transferidos do Município, mediante autorização da autoridade competente, e desde que se tenham tornado obsoletos, imprestáveis, de recuperação antieconômica ou inservíveis ao serviço público, poderão ser doados, com ou sem encargos, à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, cujo fim principal consista em atividade de relevante valor social.

CLÁUSULA SÉTIMA – CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Ficam desde já cedidos à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira, em caráter eminentemente precário, a título de cessão de uso e pelo prazo de vigência deste TERMO DE COLABORAÇÃO, os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações da Secretaria Municipal de Saúde, identificados, inventariados, avaliados e descritos quanto ao seu estado de conservação, conforme Anexo I deste TERMO DE COLABORAÇÃO.

Parágrafo Primeiro: É vedado o uso e a destinação dos bens cedidos para finalidades não vinculadas ao alcance das metas e dos objetivos previstos neste instrumento.

Parágrafo Segundo: Obriga-se a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira em relação ao bem imóvel cedido:

(i) Conservá-los, mantendo-os limpos e em bom estado, incumbindo-lhe também devolvê-lo, ao final deste TERMO DE COLABORAÇÃO em perfeitas condições de uso e conservação, sob pena de, a critério desta municipalidade, pagar os prejuízos, ou consertar os danos.

(ii) Assegurar o acesso dos servidores públicos encarregados da fiscalização do TERMO DE COLABORAÇÃO e do bem cedido.

(iii) Pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem cedido, inclusive tributos, tarifas e preços públicos.

(iv) Retirar às suas expensas, caso solicitado por esta municipalidade, eventuais bens adquiridos com recursos próprios, que se encontrem no bem cedido, ainda que a ele

provisoriamente agregados.

(v) Providenciar o seguro contra incêndio às suas expensas, apresentando a esta municipalidade a respectiva apólice devidamente quitada, a qual deverá ser renovada na data em que expirar o prazo de seu vencimento.

Parágrafo Terceiro: Os bens móveis cedidos na forma desta CLÁUSULA poderão, mediante prévia avaliação e expressa autorização do Prefeito, ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, que serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto: A aquisição de bens móveis ou a instalação de bens imobilizados no bem imóvel cedido, adquiridos com recursos deste TERMO DE COLABORAÇÃO bem como as benfeitorias realizadas serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade de indenização ou retenção, condicionada a retirada à prévia autorização do Município do Rio de Janeiro, através da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA – SUBCONTRATAÇÃO

É vedada a cessão total ou parcial do TERMO DE COLABORAÇÃO pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira.

Parágrafo Único: Nos casos de subcontratação de serviços ligados à atividade-meio e à atividade-fim, o subcontratado será responsável, solidariamente com a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira, pelas obrigações descritas na CLÁUSULA TERCEIRA, especialmente pelos encargos e obrigações comerciais, cíveis, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, nos limites da subcontratação.

CLÁUSULA NONA – DO PRAZO

O prazo do presente TERMO é de 24 (vinte e quatro) meses, a contar de 10/04/2026.

Parágrafo Primeiro: O prazo descrito no *caput* poderá ser prorrogado em períodos iguais e sucessivos, limitados à duração máxima de 10 (dez) anos, desde que demonstrada a vantajosidade para o MUNICÍPIO e cumpridas as metas e indicadores estabelecidos.

Parágrafo Segundo: A vigência da parceria poderá ser alterada, mediante solicitação da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada junto ao MUNICÍPIO em, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do término de sua vigência, ou por solicitação do MUNICÍPIO dentro do período de sua vigência.

Parágrafo Terceiro: O prazo descrito no *caput* poderá ser prorrogado de ofício pelo MUNICÍPIO, antes do seu término, quando este der causa ao atraso na liberação dos

recursos, limitada ao exato período do atraso verificado, e informado no Sistema Integrado de Administração Financeira, Orçamentária e Contábil – SIAFIC Carioca, conforme previsto no Edital de Chamamento Público nº 006/2025.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

A Administração Pública Municipal poderá autorizar ou propor a alteração do TERMO DE COLABORAÇÃO ou do Plano de Trabalho, após, respectivamente, solicitação fundamentada da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL ou sua anuência, desde que não haja alteração de seu objeto, da seguinte forma:

(i) por Termo Aditivo à parceria para:

- (a)** ampliação do valor global, no limite máximo de até 50% (cinquenta por cento);
- (b)** redução do valor global, sem limitação de montante;
- (c)** prorrogação da vigência, limitados à duração máxima de 10 (dez) anos;
- (d)** alteração da destinação dos bens remanescentes.

(ii) por Termo de Apostilamento, nas demais hipóteses de alteração, independente de anuência da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL e sem prejuízo das alterações acima previstas, tais como:

- (a)** Prorrogação da vigência, antes de seu término, quando o órgão ou a entidade da Administração Pública Municipal tiver dado causa ao atraso na liberação de recursos financeiros, ficando a prorrogação limitado ao exato período do atraso verificado; e
- (b)** Indicação dos créditos orçamentários de exercícios futuros; ou

(iii) Por meio de deliberação do Gestor ou Comissão Gestora da parceria e da ratificação da Comissão de Monitoramento e Avaliação – CMA, desde que não haja alteração do objeto e acréscimo do valor global da parceria, para:

- (a)** A utilização de rendimentos de aplicações financeiras antes do término da execução da parceria; e
- (b)** Remanejamento de recursos sem alteração do valor global.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO REAJUSTE

Nos termos do Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas alterações, o reajuste de preços, se cabível, somente será devido, por ocasião da prorrogação da vigência do TERMO DE COLABORAÇÃO, desde que mantida a vantajosidade para a Administração e observados os seguintes fatores:

(i) no caso das despesas e custos atrelados à mão de obra principal utilizada no objeto

da parceria, deverá ser demonstrada de forma analítica a variação dos custos conforme acordo ou convenção coletiva de regência da categoria;

(ii) em relação aos demais custos e despesas previstos no TERMO DE COLABORAÇÃO, será observado o reajuste medido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Ampliado-Especial (IPCA-E) do IBGE, a cada período de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura do TERMO DE COLABORAÇÃO.

Parágrafo Primeiro: Fica vedada a inclusão de benefícios não previstos na proposta inicial da parceria, exceto quando se tornarem obrigatórios por força de instrumento legal, sentença normativa, acordo ou convenção coletiva, ou, por ocorrência de evento superveniente de cunho extraordinário que afete a manutenção da execução do objeto da parceria, mediante justificativa da Administração Municipal.

Parágrafo Segundo: O pleito de reajuste deverá ser apresentado através de planilha analítica, sendo submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Terceiro: Os eventuais reajustes serão objeto de preclusão com a assinatura da prorrogação do TERMO DE COLABORAÇÃO ou com o encerramento da vigência da parceria.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO VALOR E CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

O valor do presente TERMO DE COLABORAÇÃO é de **R\$ 362.340.993,32** (trezentos e sessenta e dois milhões, trezentos e quarenta mil, novecentos e noventa e três reais e trinta e dois centavos) e correrá a conta do Programa de Trabalho 1877.10.302.9813.0054; ND 335085, com repasses trimestrais, nos valores discriminados abaixo, tendo sido emitidas as Notas de Empenho nº 2026NE000208; 2026NE000209; 2026NE000210; 2026NE000211, em 02/04/2026, no valor, respectivamente, de R\$ 1.697.075,80 (um milhão, seiscentos e noventa e sete mil, setenta e cinco reais e oitenta centavos); R\$ 2.509.808,29 (dois milhões, quinhentos e nove mil, oitocentos e oito reais e vinte e nove centavos); R\$ 4.234.608,64 (quatro milhões, duzentos e trinta e quatro mil, seiscentos e oito reais e sessenta e quatro centavos); R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).

Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06
R\$ 14.424.790,15	R\$ 14.424.790,15	R\$ 14.924.790,15	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66
Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12
R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66
Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16	Mês 17	Mês 18
R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.646.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66
Mês 19	Mês 20	Mês 21	Mês 22	Mês 23	Mês 24
R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66	R\$ 15.146.029,66

Parágrafo Primeiro: O cronograma de desembolso representa previsão inicial de repasses, sendo certo que estes ocorrerão conforme a apresentação da prestação de contas. Quando os recursos forem repassados em três ou mais parcelas, a terceira ficará condicionada à apresentação da prestação de contas da primeira parcela, e assim sucessivamente, de modo que se permita à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL possuir em sua conta o montante correspondente a um repasse inicial previsto no Cronograma de Desembolso. Após a aplicação da última parcela será apresentada a prestação de contas final dos recursos recebidos.

Parágrafo Segundo: Os recursos previstos no *caput* serão repassados, mediante transferência eletrônica, através de crédito em conta bancária específica, vinculada à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, onde serão movimentados, vedada a utilização da conta para outra finalidade, conforme descrito no subitem 16.1 do Edital de Chamamento Público nº 006/2025.

Parágrafo Terceiro: O primeiro repasse será liberado em até 30 (trinta) dias após a data de celebração do TERMO DE COLABORAÇÃO e os demais, trimestralmente, na forma estipulada pelo Decreto Municipal nº 50.026, de 16 de dezembro de 2021.

Parágrafo Quarto: É vedado o repasse de recursos caso não seja aprovada a prestação de contas do antepenúltimo repasse efetuado.

Parágrafo Quinto: Os recursos recebidos em decorrência da parceria serão depositados em conta corrente específica isenta de tarifa bancária, e, enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, consoante estabelecido no art. 11, parágrafo 2º, do Decreto RIO nº 50.026/2021.

Parágrafo Sexto: Os rendimentos de ativos financeiros e eventuais saldos remanescentes poderão ser aplicados pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL na ampliação de metas do objeto da parceria, desde que no curso de sua vigência e mediante aprovação da

alteração no Plano de Trabalho pela autoridade pública competente.

Parágrafo Sétimo: Na eventual celebração de Termos Aditivos, indicar-se-ão os créditos e empenhos para sua cobertura e de cada parcela da despesa a ser transferida em exercício futuro.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

As prestações de contas parciais devem ser apresentadas até 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao que se refere, sendo a última entregue até 90 (noventa) dias após o término da presente parceria, acompanhada do comprovante de devolução do saldo.

Parágrafo Primeiro: A prestação de contas a que se refere a presente cláusula será realizada por meio da alimentação de Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, <https://osinfo.prefeitura.rio/>, instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle firmados da Secretaria Municipal de Saúde instruída com os documentos indicados na Resolução CGM nº 1285 de 23 de fevereiro de 2017, e na forma da Instrução Normativa TCMRIO nº 009, de 27 de novembro de 2024.

Parágrafo Segundo: A prestação de contas somente será recebida pelo MUNICÍPIO se estiver instruída com todos os documentos referidos no PARÁGRAFO PRIMEIRO.

Parágrafo Terceiro: No caso de erro nos documentos apresentados, serão devolvidos à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ficando o repasse da parcela subsequente condicionado à reapresentação válida desses documentos.

Parágrafo Quarto: Os mapas, demonstrativos e relatórios físico-financeiros deverão conter assinatura do representante legal da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL bem como de Contabilista registrado no Conselho Regional de Contabilidade.

Parágrafo Quinto: Os documentos fiscais originais deverão ser emitidos contendo em seu corpo os seguintes termos: TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 036/2026, entre a Organização da Sociedade Civil (Instituição) e o Município do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Saúde" - Objeto: XXXX.

Parágrafo Sexto: A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer da parceria durante o prazo de 10 (dez) anos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA FORMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O MUNICÍPIO deverá realizar procedimentos de fiscalização das parcerias celebradas antes do término da sua vigência, inclusive por meio de visitas *in loco*, para fins de monitoramento e avaliação do cumprimento do objeto, na forma do regulamento.

Parágrafo Primeiro: Para a implementação do disposto no caput, o órgão poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

Parágrafo Segundo: Nas parcerias com vigência superior a 1 (um) ano, o MUNICÍPIO realizará, sempre que possível, pesquisa de satisfação com os beneficiários do Plano de Trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

Parágrafo Terceiro: Para a implementação do disposto no PARÁGRAFO SEGUNDO, o MUNICÍPIO poderá valer-se do apoio técnico de terceiros, delegar competência ou firmar parcerias com órgãos ou entidades que se situem próximos ao local de aplicação dos recursos.

Parágrafo Quarto: O Gestor/Comissão Gestora emitirá Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação da parceria celebrada mediante TERMO DE COLABORAÇÃO e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL.

Parágrafo Quinto: O Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação da parceria, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter:

- (i) descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;
- (ii) análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no Plano de Trabalho;
- (iii) valores efetivamente transferidos pela Administração Pública;
- (iv) análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo TERMO DE COLABORAÇÃO;
- (v) análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS PENALIDADES

Pela inexecução total ou parcial do objeto deste TERMO DE COLABORAÇÃO, do Plano de Trabalho bem como por execução da parceria em desacordo com a Lei Federal nº 13.019/2014 e com o Decreto Municipal nº 42.696/2016, e suas alterações, o MUNICÍPIO

poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL as seguintes sanções:

(i) Advertência;

(ii) Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da Administração Pública sancionadora, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

(iii) Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL ressarcir a Administração Pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso **(ii)**.

Parágrafo Único: As sanções estabelecidas nos incisos **(ii)** e **(iii)** são de competência exclusiva do Secretário Municipal de Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL assume, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes da contratação de pessoal necessária à boa e perfeita execução do presente TERMO DE COLABORAÇÃO e pelo comportamento de seus empregados, prepostos ou subordinados, e, ainda, quaisquer prejuízos que sejam causados ao MUNICÍPIO ou a terceiros.

Parágrafo Primeiro: Os danos e prejuízos deverão ser ressarcidos ao MUNICÍPIO no prazo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da notificação à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL do ato administrativo que lhes fixar o valor, sob pena de aplicação de penalidades na forma da CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.

Parágrafo Segundo: O MUNICÍPIO não é responsável pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no presente TERMO DE COLABORAÇÃO, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária do MUNICÍPIO pelos respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

Parágrafo Terceiro: O MUNICÍPIO não será responsável por quaisquer compromissos assumidos pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente TERMO DE COLABORAÇÃO, bem como por seus empregados, prepostos ou subordinados.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA DENÚNCIA

O presente instrumento pode ser denunciado antes do término do prazo inicialmente pactuado, após manifestação expressa, por ofício ou carta remetida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Nesta hipótese, as partes definirão através de TERMO DE ENCERRAMENTO as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades em relação à conclusão ou extinção do trabalho em andamento.

Parágrafo Único: Por ocasião da denúncia, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à entidade ou ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão responsável pela parceria, com encaminhamento posterior à conclusão à Controladoria Geral do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA RESCISÃO

No caso de detecção de quaisquer irregularidades cometidas pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, o MUNICÍPIO poderá rescindir o presente TERMO DE COLABORAÇÃO, sem necessidade de antecedência de comunicação.

Parágrafo Único: Na ocorrência de rescisão, o MUNICÍPIO suspenderá imediatamente todo e qualquer repasse à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, ficando esta obrigada a prestar contas das importâncias recebidas e a devolver os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do Órgão ou entidade responsável pela parceria, com encaminhamento posterior à conclusão à Controladoria Geral do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA RETOMADA DOS BENS E ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE

No caso de inexecução por culpa exclusiva da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, somente para assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, o MUNICÍPIO poderá, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

- (i)** retomar os bens públicos em poder da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;
- (ii)** assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no Plano de

Trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL até o momento em que o MUNICÍPIO assumir essas responsabilidades.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA PROTEÇÃO DE DADOS

O tratamento de dados deve ser realizado em conformidade com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) para as finalidades previstas na execução do presente TERMO DE COLABORAÇÃO, cabendo à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL as responsabilidades de Operador de Dados, enquanto à SMS, as do Controlador de Dados.

Parágrafo Primeiro: Na execução do presente TERMO DE COLABORAÇÃO, serão tratados dados pessoais e dados pessoais sensíveis conforme artigo 5º, I e II, da LGPD, se limitando ao atendimento de sua finalidade pública na persecução do interesse público, conforme art. 11 da LGPD. Além disso, poderão ser tratados dados pessoais de crianças e adolescentes, notadamente nos atendimentos pediátricos, sempre considerando seu melhor interesse, observando as regras constantes no art. 14 da LGPD bem como nas hipóteses de execução de políticas públicas dos artigos 23 a 30 da LGPD.

Parágrafo Segundo: Na execução do presente TERMO DE COLABORAÇÃO, o tratamento de dados pessoais está amparado no art. 7º, incisos II, III, IV, V, VI, VII e VIII, e o tratamento de dados pessoais sensíveis, no art. 11, II, “a”, “b” e “f”, da LGPD. Para a finalidade deste TERMO DE COLABORAÇÃO são dados pessoais sensíveis de saúde:

- I – Os contidos no BAM (Boletim de Atendimento Médico), em especial o Código Internacional de Doenças (CID);
- II – Os contidos no prontuário do paciente;
- III – Os receituários, os relatórios e as prescrições.

Parágrafo Terceiro: O término do tratamento de dados pessoais se dará nas seguintes hipóteses:

- I – Fim do prazo de vigência do TERMO DE COLABORAÇÃO;
- II – Superação da necessidade ou alcance da finalidade específica almejada;
- III – Determinação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados;
- IV – Decisão judicial.

Parágrafo Quarto: Ocorrendo o término do TERMO DE COLABORAÇÃO e estando concluída a devolução dos dados à Secretaria Municipal de Saúde, o operador deverá proceder com sua eliminação, como segue:

- a) Excluir permanentemente todas as cópias dos dados que estejam em sua posse, física ou digital, com exceção das hipóteses legais e contratuais que exijam a manutenção de

determinadas informações, devendo nesse caso, ser comunicado formalmente à SMS, citando o dispositivo legal observado e o prazo de conservação;

b) O procedimento de eliminação adotado pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL não poderá, em nenhuma hipótese, afetar o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, sob pena de aplicação das penalidades previstas no presente termo e de responsabilização e ressarcimento dos danos, nos moldes do art. 42 da LGPD.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Ocorrendo o término do TERMO DE COLABORAÇÃO, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL se compromete a devolver à Secretaria Municipal de Saúde, em perfeitas condições, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, todos os dados atualizados e informações contidas no banco de dados dos prontuários médicos e quaisquer outros documentos correlatos e tratados durante a execução das atividades previstas neste TERMO DE COLABORAÇÃO, como segue:

a) A devolução dos dados deverá ocorrer em formato digital compatível com os sistemas de informação da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo a integridade, confidencialidade e autenticidade das informações;

b) Os dados deverão ser transferidos mediante meio seguro e criptografado de acordo com as normas vigentes de segurança da informação, adotando todas as medidas de segurança necessárias para proteger os dados, sendo a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL responsável por qualquer incidente de segurança que venha ocorrer em virtude de falha na adoção de tais medidas;

c) Após a confirmação do recebimento do banco de dados pela Secretaria Municipal de Saúde, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL se obriga a excluir permanentemente todas as cópias dos dados que estejam em sua posse, física ou digital, com exceção das hipóteses legais que exijam a manutenção de determinadas informações, devendo nesse caso, ser comunicado formalmente à Secretaria Municipal de Saúde, citando o dispositivo legal observado e o prazo de conservação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA MANUTENÇÃO DOS REQUISITOS DE PARTICIPAÇÃO E DE HABILITAÇÃO

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá manter as condições de participação e habilitação previstas no Edital de Chamamento Público nº 006/2025 durante o curso do presente TERMO DE COLABORAÇÃO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA FORÇA MAIOR

Os motivos de força maior que possam impedir a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL de cumprir as metas pactuadas deverão ser comunicados ao MUNICÍPIO, na primeira oportunidade e por escrito, sob pena de não serem aceitas pela fiscalização.

Parágrafo Único: Os motivos de força maior poderão justificar a suspensão da execução do TERMO DE COLABORAÇÃO e a alteração do Programa de Trabalho, desde que por Termo Aditivo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA RESILIÇÃO UNILATERAL PELO MUNICÍPIO

Em caso de resilição unilateral por parte do MUNICÍPIO, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL fará jus exclusivamente ao ressarcimento dos danos materiais comprovadamente demonstrados, desde que o repasse tenha obedecido ao Cronograma de Desembolso (Anexo II).

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

Até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, deverá ser providenciada a publicação do presente instrumento, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, em extrato, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, à conta do MUNICÍPIO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – DO CONTROLE ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO

O MUNICÍPIO providenciará a remessa de cópias do presente TERMO ao órgão de controle interno do Município, no prazo de 5 (cinco) dias, contados de sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, na forma do art. 1º da Resolução TCMRIO nº 113, de 06/11/2024.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – DO FORO

Fica eleito o foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, renunciando, desde já, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL a qualquer outro que porventura venha a ter, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e acertados, firmam o presente TERMO DE COLABORAÇÃO juntamente com as testemunhas abaixo assinadas.

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2026.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RODRIGO DE SOUSA PRADO:0815608373
3

Assinado de forma digital por
RODRIGO DE SOUSA
PRADO:08156083733
Dados: 2026.04.08 16:07:41
-03'00'

RODRIGO DE SOUSA PRADO
Secretário Municipal de Saúde

**ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL INSTITUTO DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO – IGEDES**


Assinado de forma digital por CARLOS
ALBERTO BOHRER DE ANDRADE
FIGUEIRA:24514870625
'Dados: 2026.04.08 12:20:35 -03'00
Versão do Adobe Acrobat: 2020.006.20042

**CARLOS ALBERTO
BOHRER DE ANDRADE
FIGUEIRA:24514870625**

CARLOS ALBERTO BOHRER DE ANDRADE FIGUEIRA
Diretor-Geral

TESTEMUNHA

(Cargo, matrícula e lotação)

Documento assinado digitalmente
 **ALEXANDRE SANTOS SOUZA**
Data: 08/04/2026 12:17:07-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

TESTEMUNHA

(Cargo, matrícula e lotação)

ANEXO I DO TERMO DE COLABORAÇÃO - CESSÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

I – Fica permitido, o uso dos bens públicos relacionados no Apenso deste Termo de Colaboração nº 036/2026, oriundo do processo administrativo 000900.029829/2026-98025/82659, assim como os bens que lhes guarnecem.

II – O prazo de vigência da presente permissão é o mesmo do Termo de Colaboração ao qual se vincula.

III - Quaisquer construções ou benfeitorias realizadas no imóvel, bem como, a instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, serão incorporadas ao patrimônio municipal, sem direito à retenção.

IV - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL em perfeitas condições, adequadas à sua destinação.

V - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Termo de Colaboração, deverão ser incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá entregar ao MUNICÍPIO a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante prévia aprovação e por escrito do Poder Público Municipal.

VI – Os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações que forem destinados à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL para o objeto do Termo de Colaboração, bem como, as, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde cujo uso foi permitido por este anexo, serão incorporados ao patrimônio municipal ora arrolado.

VII – Ficará assegurado o acesso dos servidores municipais vinculados à área técnica e ao Termo de Colaboração às dependências dos bens cedidos.

VIII - Não poderá ser permitido a terceiro a utilização do bem público cedido sem prévia autorização por escrito, nem poderá ser autorizado o uso do bem público cedido em atividade distinta da prevista no Termo de Colaboração.

IX - Deverá a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL providenciar seguro contra incêndio, raio, explosão e riscos diversos (danos elétricos, vendaval, quebra de vidros e responsabilidade civil) para o prédio, instalações e equipamentos indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados.

X – Deverá a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do imóvel, inclusive tarifas e taxas.

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2026.

RODRIGO DE SOUSA Assinado de forma digital por
RODRIGO DE SOUSA
PRADO:0815608373 PRADO:08156083733
3 Dados: 2026.04.08 16:11:54
-03'00'

RODRIGO DE SOUSA PRADO
Secretário Municipal de Saúde

Assinado de forma digital por CARLOS ALBERTO BOHRER DE ANDRADE
ALBERTO BOHRER DE ANDRADE
FIGUEIRA:24514870625 CARLOS ALBERTO BOHRER
DE ANDRADE
Dados: 2026.04.08 12:20:55 -03'00' FIGUEIRA:24514870625
Versão do Adobe Acrobat: 2020.006.20042

CARLOS ALBERTO BOHRER DE ANDRADE FIGUEIRA
Diretor-Geral
OSC IGEDES

I - BEM IMÓVEL CEDIDO À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO		
UNIDADE: Hospital Maternidade Alexander Fleming		
ENDEREÇO: Rua Jorge Schmidt, 331 – Marechal Hermes		
ÁREA INTERNA (m²)	ÁREA EXTERNA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)
8.868	4.413	13.281
UNIDADE: Casa de Parto David Capistrano Filho		
ENDEREÇO: Avenida Pedro da Cunha s/nº - Realengo		
ÁREA INTERNA (m²)	ÁREA EXTERNA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)
356	1447	1.803
UNIDADE: Hospital Maternidade Herculano Pinheiro		
ENDEREÇO: Avenida Ministro Edgar Romero, 276 – Madureira		
ÁREA INTERNA (m²)	ÁREA EXTERNA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)
5.415	7.507	12.922
UNIDADE: Maternidade Leila Diniz / HMLJ		
ENDEREÇO: Avenida Ayrton Senna, 2000 – Barra da Tijuca		
ÁREA INTERNA (m²)	ÁREA EXTERNA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)
2.835	1.580	4.415
II - RELAÇÃO DE BENS MÓVEIS CEDIDOS À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EM FUNÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO		
Hospital Maternidade Alexander Fleming: https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2026/04/1-SISBENS-H.-Mat.-Alexander-Flaming.pdf		
Hospital Maternidade Herculano Pinheiro: https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2026/04/2-SISBENS-H.-Mat.-Herculano-Pinheiro.pdf		
Maternidade Leila Diniz: https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2026/04/3-SISBENS-Mat.-Leila-Diniz.pdf		

PLANO DE TRABALHO

Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano

Pinheiro e Maternidade Leila Diniz

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O presente PLANO DE TRABALHO VISA O APOIO AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, por meio de parceria com ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, que assegure assistência universal e gratuita à população obstétrica e neonatal unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito do **Hospital Maternidade Alexander Fleming e Hospital Maternidade Herculano Pinheiro** localizados na Área Programática 3.3, **Maternidade Leila Diniz** localizado na Área Programática 4.0, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

Área responsável pela elaboração do Plano de Trabalho: Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência / Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades (SUBHUE/SHPM).

RIO DE JANEIRO

2025

PLANO DE TRABALHO

Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e Maternidade Leila Diniz

1. CONTEXTO

A Rede de Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) é composta por cerca de treze maternidades municipais e uma casa de parto, distribuídas de forma regionalizada para garantir o acesso equitativo e resolutivo às gestantes em todo o território carioca. Essas unidades somam mais de 700 leitos obstétricos e aproximadamente 290 leitos de terapia intensiva e intermediária neonatal, integrando um conjunto de serviços que abrangem desde o pré-natal até o parto e o puerpério, no âmbito do Programa Cegonha Carioca.

O cuidado obstétrico nas maternidades municipais é estruturado de maneira integral, contemplando o acolhimento com classificação de risco, o atendimento ambulatorial, a assistência ao parto e a internação hospitalar, além da articulação direta com a Atenção Primária à Saúde (APS) e a rede de urgência e emergência. Esse modelo de atenção garante o encaminhamento adequado das gestantes segundo critérios de complexidade e territorialidade, assegurando a continuidade do cuidado e a redução das peregrinações em busca de assistência. As maternidades também contam com serviços especializados de neonatologia, unidades de terapia intensiva neonatal e equipes multiprofissionais, incluindo enfermagem obstétrica, pediatria, fisioterapia, psicologia, nutrição e fonoaudiologia, voltadas à atenção integral à mãe, ao recém-nascido e à família.

Além da assistência obstétrica e neonatal, as maternidades municipais oferecem cuidados ginecológicos e ações voltadas à saúde da mulher em todas as fases da vida, abrangendo o planejamento reprodutivo, a prevenção de agravos e o atendimento a situações de violência sexual e doméstica. Essa integração entre as áreas de ginecologia, obstetrícia e neonatologia reforça a abordagem integral e humanizada da saúde materno-infantil, em conformidade com as diretrizes do SUS e com as políticas municipais de humanização da atenção.

A experiência acumulada dessas unidades demonstra a importância de fortalecer parcerias institucionais e sociais que ampliem o alcance e a qualidade do cuidado materno-infantil no município. Nesse contexto, o estabelecimento de um Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC) voltado à Rede de

Maternidades da SMS-Rio representa uma oportunidade estratégica para formalizar cooperação com organizações parceiras comprometidas com a humanização, a educação em saúde, o apoio às gestantes e puérperas, a promoção do aleitamento materno e o acompanhamento pós-alta. Tais parcerias podem contribuir significativamente para a qualificação da assistência, o aprimoramento dos fluxos regulatórios, o fortalecimento da regionalização e a redução da morbimortalidade materna e perinatal, alinhando-se aos princípios da integralidade, equidade e participação social que regem o Sistema Único de Saúde.

1.1 Hospital Maternidade Alexander Fleming

O Hospital Maternidade Alexander Fleming é uma unidade municipal integrante da rede de atenção obstétrica e neonatal da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A história da Maternidade Alexander Fleming começa com sua inauguração em 28 de Outubro de 1956, no bairro de Marechal Hermes, no Rio de Janeiro. A Maternidade, que leva o nome do descobridor da penicilina, foi uma pioneira na rede pública ao instituir a assistência ao parto de baixo risco pela enfermagem obstétrica e se tornar a primeira da rede a receber o título de Hospital Amigo da Criança. A unidade também é referência no atendimento a vítimas de violência sexual e, ao longo de sua história, passou por municipalização e integração ao INAMPS, além de receber o título de Maternidade Segura.

Com trajetória consolidada no cenário da assistência obstétrica e neonatal, o Hospital Maternidade Alexander Fleming destaca-se como referência regional para o acompanhamento integral de gestantes de alto risco, oferecendo suporte clínico, cirúrgico e multiprofissional de forma resolutiva, segura e humanizada. Seu papel tem sido decisivo na redução da morbimortalidade materna e neonatal, contribuindo significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde da mulher e da criança no município e em sua região de abrangência.

A presente proposta de reestruturação é fundamentada nos dados do Projeto de Expansão Hospitalar da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) de 2025, que se apoia na análise integrada de informações epidemiológicas, dados assistenciais e literatura técnico-científica, à luz das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento às urgências e emergências deve ser ofertado ininterruptamente nas 24 horas em seus variados graus de complexidade. Tendo como base as portarias do Ministério da Saúde – MS nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 e nº 1.600 de 07 de julho de 2011, que instituem a Rede de Atenção às Urgências no SUS, organiza-se a Rede de Urgência e Emergência.

O Hospital Maternidade Alexander Fleming comporá a rede de Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde, se tornando referência para encaminhamento das gestantes moradoras da área programática (AP) 3.3, tanto para o atendimento de pré-natal de alto risco, como para assistência ao parto, possibilitando desta forma nascimentos humanizados na área adstrita, como mais um equipamento de saúde componente do Programa Cegonha Carioca e dando suporte à rede para a realização das laqueaduras tubárias pós-parto, representando um importante ponto de atenção na AP 3.3.

A Rede de Maternidades é composta também pelo Centro de Parto Normal David Capistrano Filho, situado no bairro de Realengo, na AP 5.1, cuja equipe é composta por servidores estatutários da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. No escopo deste Plano de Trabalho, a Unidade está vinculada ao Centro de Custo do Hospital Maternidade Alexander Fleming, que deverá garantir o custeio dos serviços de assistência à saúde da unidade, objeto do presente Plano de Trabalho, incluindo, dentre outros: exames laboratoriais, insumos, medicamentos, materiais, alimentação, material de apoio e todos os demais recursos e serviços necessários, observada a sistemática de referência e contra referência do Sistema Único de Saúde – SUS, sem prejuízo da observância do sistema Regulação da SMS Rio de Janeiro.

1.2 Hospital Maternidade Herculano Pinheiro

O Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, no Rio de Janeiro, tem sua origem em 1933 como a Maternidade Suburbana, em Cascadura, que foi encampada pela Prefeitura e dirigida pelo médico Herculano Pinheiro. Em 1965, foi transferida para o prédio em Madureira, na rua Andrade Figueira. Em 1997, foram inauguradas as novas instalações no endereço atual. O hospital é a mais antiga maternidade da rede municipal e se tornou uma unidade de referência, com atendimento prioritário para gestantes de risco habitual, atenção a vítimas de violência sexual e título de Hospital Amigo da Criança.

A presente proposta de reestruturação é fundamentada nos dados do Projeto de Expansão Hospitalar da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) de 2025, que se apoia na análise integrada de informações epidemiológicas,

dados assistenciais e literatura técnico-científica, à luz das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento a urgências e emergências deve ser ofertado ininterruptamente nas 24 horas. Tendo como base as portarias do Ministério da Saúde – MS nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 e nº 1.600 de 07 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, organiza-se a Rede de Urgência e Emergência.

O equipamento de saúde em questão tem como finalidade prestar assistência integral às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, com foco nas gestantes residentes predominantemente na AP 3.3. A unidade destina-se ao atendimento de gestações de risco habitual, especialmente no que se refere ao parto e nascimento, garantindo acolhimento, segurança e cuidado humanizado em todas as etapas do processo reprodutivo.

O Hospital Maternidade Herculano Pinheiro integra-se de forma estruturante à Rede de Atenção à Saúde do Município do Rio de Janeiro, garantindo uma resposta organizada, acolhedora e oportuna às necessidades das gestantes de risco habitual. Sua missão está alicerçada no cuidado humanizado à mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, promovendo práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e no respeito aos direitos reprodutivos e à autonomia feminina.

A unidade constitui um ponto de atenção essencial na Coordenadoria Geral de Área Programática (CAP) 3.3, fortalecendo a continuidade do cuidado, a segurança materno-infantil e a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na rede municipal, reafirmando o compromisso da gestão com uma assistência integral, digna e centrada na mulher e em sua família.

1.3 Maternidade Leila Diniz

A Maternidade Leila Diniz foi inaugurada originalmente em 1994, no bairro da Curicica, Zona Oeste do Rio de Janeiro, como parte de um movimento municipal e nacional de reorientação do modelo obstétrico.

Nesse período, o Rio de Janeiro apoiado por diretrizes da OPAS/OMS (1985, 1986) e pela Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) iniciou um processo de humanização da assistência ao parto e nascimento, em resposta às elevadas taxas de

cesariana, à medicalização excessiva e à ausência de protagonismo feminino no parto hospitalar.

A Maternidade Leila Diniz foi criada como um projeto inovador, com base em tecnologias apropriadas e evidências científicas, para ofertar assistência humanizada ao parto normal, priorizando práticas não intervencionistas e o protagonismo da mulher.

Foi também na Maternidade Leila Diniz que se consolidou o modelo de parto humanizado com atuação autônoma da enfermagem obstétrica, onde enfermeiras obstétricas conduziam o trabalho de parto e o parto de risco habitual, enquanto o corpo médico atuava de forma compartilhada, o que mais tarde ocasionou a replicação desse modelo em outras maternidades municipais (como Alexander Fleming e Herculano Pinheiro).

Após anos de funcionamento na Curicica, a Maternidade Leila Diniz foi transferida e reinaugurada em 2008, agora localizada na Barra da Tijuca, com estrutura moderna e ampliada, dentro do Hospital Municipal Lourenço Jorge, como parte da Rede Cegonha / Rede Alyne e do Programa Cegonha Carioca.

A nova unidade manteve os princípios humanistas e multiprofissionais da fase anterior, consolidando-se como maternidade de risco habitual e referência em boas práticas obstétricas no município. A estrutura física foi planejada para garantir o acolhimento com classificação de risco, salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e ambientes acolhedores, com espaço para acompanhante e estímulo à participação ativa da mulher no processo de parto.

A reinauguração representou a continuidade de um legado: a Maternidade Leila Diniz reafirmou seu papel como símbolo do parto humanizado no Rio de Janeiro, sendo uma das principais unidades de ensino, campo de estágio e capacitação de profissionais na atenção obstétrica e neonatal humanizada.

Com trajetória consolidada no cenário da assistência obstétrica e neonatal, a Maternidade Leila Diniz destaca-se como referência regional para o acompanhamento integral de gestantes de alto risco, oferecendo suporte clínico, cirúrgico e multiprofissional de forma resolutiva, segura e humanizada. Seu papel tem sido decisivo na redução da morbimortalidade materna e neonatal, contribuindo significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde da mulher e da criança no município e em sua região de abrangência.

A presente proposta de reestruturação é fundamentada nos dados do Projeto de Expansão Hospitalar da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) de 2025, que se apóia na análise integrada de informações epidemiológicas, dados assistenciais e literatura técnico-científica, à luz das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento às urgências e emergências deve ser ofertado ininterruptamente nas 24 horas em seus variados graus de complexidade. Tendo como base as portarias do Ministério da Saúde – MS nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 e nº 1.600 de 07 de julho de 2011, que instituem a Rede de Atenção às Urgências no SUS, organiza-se a Rede de Urgência e Emergência.

A **Maternidade Leila Diniz** comporá a rede de Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde, se tornando referência para encaminhamento das gestantes moradoras da área programática (AP) 4.0, tanto para o atendimento de pré-natal de alto risco, como para assistência ao parto, possibilitando desta forma nascimentos humanizados na área adstrita, como mais um equipamento de saúde componente do Programa Cegonha Carioca e dando suporte à rede para a realização das laqueaduras tubárias pós-parto, representando um importante ponto de atenção na Coordenadoria Geral de Área Programática (CAP) 4.0.

2. JUSTIFICATIVA

O Hospital Maternidade Alexander Fleming, o Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e a Maternidade Leila Diniz estão localizado(s) na(s) AP 3.3, AP 4.0 configuram como unidades integrantes da organização, planejamento e execução de ações e serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde do Município do Rio de Janeiro, tendo como missão garantir a integralidade da atenção à saúde mediante a atenção à mulher em articulação com os demais serviços de saúde. Dentre suas missões institucionais a de garantir a integralidade da atenção à mulher e ao recém-nascido, com foco nas gestantes de risco habitual, assegurando cuidado continuado, humanizado e seguro, em consonância com os demais níveis de atenção da rede municipal.

O Ministério da Saúde preconiza que toda gestante com critérios de alto risco seja acompanhada em serviço especializado, porém a distribuição desigual de unidades de referência e a baixa oferta de vagas dificultam o acesso.

A dificuldade de vagas no pré-natal de alto risco (PNAR) reflete tanto fatores estruturais (poucos serviços) quanto falhas de organização da rede. Isso gera atraso no

cuidado especializado, impactando diretamente a segurança materna e neonatal. O enfrentamento exige planejamento regional, protocolos de encaminhamento claros, apoio à atenção primária e integração tecnológica (telessaúde, regulação eletrônica).

Considerando esta situação, estaremos ofertando vagas de pré-natal de alto risco direcionadas preferencialmente às gestantes da Coordenadoria Geral de Área Programática (CAP) 3.3 e CAP 4.0 nestes equipamentos de saúde.

A Rede de Atenção à Saúde é uma proposta norteadora de melhoria da assistência à saúde ofertada no município com objetivo final da melhoria da situação de saúde da população municipal por meio do cuidado mais resolutivo e integral à saúde e na otimização dos recursos despendidos no sistema de saúde municipal.

“A implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).”

No âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS deve-se buscar a adoção de um modelo de gestão que atenda às necessidades da população, obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde, aprimorando e avaliando os processos dos serviços, minimizando a demanda reprimida e melhorando a qualidade de serviços ofertados.

“Redes de Atenção à Saúde “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria 4.279, de 30/12/2010).”

Dentre os pilares que englobam a construção de uma grande Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde temos: a Rede Cegonha, atual Rede Alyne, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

A Rede Alyne é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao

nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. No município do Rio de Janeiro a atual Rede Alyne é organizada através do Programa Cegonha Carioca desde 2011.

As Maternidades são equipamentos com características diversas, em nível de complexidade hospitalar que funcionam 24h por dia, todos os dias da semana e englobam a Rede Alyne, antiga Rede Cegonha/MS e o Programa Cegonha Carioca, com pactos e fluxos pré-definidos, com objetivo de garantir um nascimento seguro, humanizado e respeitoso. As maternidades funcionam como um ponto da RAS, sendo referência e contra-referenciando para os outros equipamentos de saúde que compõem esta Rede, proporcionando um atendimento perinatal qualificado.

As Maternidades passarão a ofertar o serviço de analgesia de parto por meio do presente plano de trabalho, consolidando um importante avanço na humanização da assistência obstétrica. A iniciativa visa reduzir a dor e o sofrimento durante o trabalho de parto, sem interferir na evolução fisiológica do nascimento ou na vitalidade materno-fetal, promovendo uma experiência mais positiva, segura e acolhedora para a mulher. A implantação do serviço será conduzida de forma integrada às boas práticas obstétricas, respeitando o desejo da parturiente, os protocolos institucionais vigentes e a atuação multiprofissional articulada entre obstetras, anestesiológicos e enfermeiras obstétricas. Com esta proposta, busca-se ampliar o conforto materno, qualificar o cuidado, reduzir intervenções desnecessárias e reforçar o compromisso da unidade com um modelo de assistência centrado na mulher e baseado em evidências científicas.

A participação das Maternidades Municipais como locais de ocorrência dos partos de nascidos vivos no Rio de Janeiro é resultante de uma política de qualificação da atenção perinatal na cidade, conforme detalhado na tabela abaixo, com resultados de 2017 a 2021. Desde 2017 as Unidades do MRJ são responsáveis por cerca de 90% dos nascimentos na "População SUS".

TABELA 1 – TOTAL DE NASCIDOS POR ESTABELECIMENTO, MRJ 2017 a 2024.

Total de nascidos vivos, Prestador Municipal SMS-Rio, por estabelecimento de saúde, 2017 - 2024								
Estabelecimento	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA	5008	4610	5242	4836	4470	3613	3479	3077
HOSPITAL MUN RONALDO GAZOLLA	5332	3772	3777	996	0	1	2	1

HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II	460 6	350 4	341 2	351 1	353 3	322 9	338 4	337 9
HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK	0	0	0	0	0	0	0	584
HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO	253 4	233 1	211 8	183 4	153 3	148 8	138 5	120 5
HOSPITAL MUNICIPAL MARISKA RIBEIRO	434 8	486 1	436 3	400 0	366 4	357 6	400 1	395 7
HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE	602 2	594 3	543 1	555 3	534 3	516 9	499 4	480 6
HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER	431 9	432 5	389 5	372 5	369 1	345 4	324 0	300 8
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO	307 7	329 4	277 7	271 5	231 5	187 6	218 9	199 3
HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES	460 8	464 9	433 9	423 8	391 6	330 5	339 5	275 9
HOSPITAL MATERNIDADE CARMELA DUTRA	576 9	548 3	512 1	462 4	403 1	350 6	344 7	317 1
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	306 6	299 2	175 0	439 4	452 1	430 9	416 8	341 5
MATERNIDADE MARIA AMÉLIA BUARQUE DE HOLLANDA	599 4	551 4	500 0	449 5	428 9	448 5	413 7	351 7
MATERNIDADE DA ROCINHA AP 21	0	0	0	0	0	0	0	119
CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO	183	186	155	132	120	126	120	132

Fontes: Tabnet Municipal. Acesso em 04/09/2025.

As Gestões dos Hospitais, vinculada a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – SUBHUE, elaborou o presente Plano de Trabalho, com vistas à formalização de parceria para contratualização, através de Termo de Colaboração, visando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações dos serviços de saúde no âmbito das maternidades e de execução de ações assistenciais direcionadas ao cuidado da mulher, com ênfase na assistência ao ciclo gravídico puerperal e ao seu neonato, incluindo atendimentos de emergência, por intermédio de celebração de Termo de Colaboração com indicadores e metas definidas a serem cumpridas pelo parceiro no âmbito do Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e da Maternidade Leila Diniz

Dentre as inovações trazidas, estão os instrumentos do Contrato de Gestão (lei nº 9.637/98) e o Termo de Parceria (Lei nº 9790/99), que superaram as limitações deste último na regulação das relações de cooperação entre o Setor Público e as entidades do Terceiro Setor. Esses novos instrumentos demarcaram a diferença entre a cooperação intra e intergovernamental da cooperação público-privada, substituindo o controle a

posteriori previsto nos convênios, baseado no controle de etapas e de procedimentos, pela contratualização de metas e pela cobrança de resultados objetivos e mensuráveis, em contrapartida aos recursos públicos transferidos a título de fomento.

Em 2014, a partir da publicação da Lei 13.019/2014, regulamentada no âmbito do Município do Rio de Janeiro, pelo Decreto nº 42.696/2016, surge o marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil em regime de mútua cooperação. O instrumento termo de colaboração (art.2º, inciso VII, Lei nº 13.019/2014) surge como mais uma opção ao gestor público de saúde para celebração de parceria, através do fomento a entidades civis sem fins lucrativos.

Neste contexto a inclusão de outras modalidades de gestão, como Apoio a Gestão Municipal, através do fomento, é uma ferramenta potente, onde o termo de colaboração, mutuamente acordado é implementado sob financiamento governamental e sujeito a metas e monitoramento, o que agiliza a estruturação de novos serviços, bem como a reestruturação dos já existentes.

A introdução de novos mecanismos de gerenciamento dos processos assistenciais faz-se necessária para modernizar a regulação do acesso aos serviços de saúde, fortalecer os mecanismos de controle social, cobrir vazios assistenciais e as relações insatisfatórias entre profissionais e usuários. Tais fatores constituem alvo da Secretaria Municipal Saúde e tem como finalidade melhorar a qualidade dos serviços, racionalizar e potencializar o uso de novos recursos, compartilhar gestão e investimentos e estabelecer novos mecanismos formais de contratualização, com metas assistenciais.

Trata-se de serviço essencial para a Saúde Pública Municipal, onde o Município vem estruturando sua rede de atenção à saúde em todos os níveis, através de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade da atenção por meio de sistemas de apoio logístico, técnico e de gestão.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo, são necessárias ações de logística e abastecimento específicas, gerenciamento de pessoas, faturamento, informações sobre saúde concernentes ao atendimento do público em geral e fomento de ações inovadoras e modernizações tecnológicas.

A Gestão Municipal está comprometida com a garantia da implementação das Políticas Públicas de Saúde e está empenhada em oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde.

A SMS desempenha seu papel de protagonista no fazer saúde, com ações que compreendem as mudanças em curso e reorientam o sistema de saúde para que a organização se torne uma importante potência de transformação e de inovação no modo de fazer o gerenciamento dos serviços.

O Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e a Maternidade Leila Diniz, desempenham papel estratégico na atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal, em articulação com os demais serviços de saúde, especialmente com a rede de Atenção Primária de sua área de abrangência, com ênfase nas seguintes ações:

1. Recebimento das gestantes para visita e práticas educativas a partir do agendamento das unidades básicas (Módulo Vínculo Pré- Natal/Maternidade do Programa Cegonha Carioca);
2. Atenção ao pré-natal de alto risco;
3. Atendimento das emergências obstétricas (incluindo as ações previstas no Módulo Acolhimento e Classificação de Risco do Programa Cegonha Carioca);
4. Atenção ao parto e nascimento de risco habitual;
5. Atenção integral ao recém-nascido de risco habitual;
6. Atenção integral ao recém-nascido de risco através do Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intermediário Convencional, Cuidado Intermediário Canguru e Núcleo de Atenção Integral ao Recém-nascido de Risco (NAIRR);
7. Acolhimento e atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e aborto previsto em lei;
8. Acolhimento e assistência integral ao direito reprodutivo da mulher seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde.

No que diz respeito a Maternidade Herculano Pinheiro, esta possui perfil assistencial voltado ao cuidado de gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos de risco habitual, ou seja, sem intercorrências clínicas ou obstétricas relevantes, tendo como foco a atenção humanizada e segura ao parto e nascimento, com ênfase em práticas baseadas em evidências científicas, no protagonismo da mulher, no acolhimento com classificação de risco e na valorização do parto normal. Portanto as ações relativas ao pré-natal de alto risco e atendimento ao recém-nascido de risco não serão oferecidas nesta unidade.

Tais ações estão necessariamente inseridas no conjunto de ações estratégicas e programas desenvolvidos pela SMS e ocorrem de acordo com as diretrizes clínicas,

resoluções e normas operacionais da SMS-Rio e Ministério da Saúde, inseridas no presente Edital.

O perfil assistencial do Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e Maternidade Leila Diniz demonstra a necessidade de manutenção da oferta dos relevantes e estratégicos serviços assistenciais prestados à mulher e para tanto registramos a necessidade de busca de uma nova forma de gestão. Assim, será garantida a assistência adequada às mulheres com referência organizada para os diversos níveis de atenção.

3. OBJETO

Apoio ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, por meio de parceria, que assegure assistência universal e gratuita à população obstétrica no ciclo gravídico puerperal e neonatal, única e exclusivamente para o Sistema Único de Saúde, no âmbito do Hospital Maternidade Alexander Fleming e Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, localizados na AP 3.3 e da Maternidade Leila Diniz, localizada na AP 4.0, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

3.1 Objetivo: Aprimorar, através de inovação tecnológica e de gestão, garantindo celeridade na contratação e implantação de processos assistenciais, que deverão atender a demanda oriunda da rede assistencial do Município do Rio de Janeiro.

4. ABRANGÊNCIA

O Hospital Maternidade Alexander Fleming, o Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e a Maternidade Leila Diniz estão localizados nas AP 3.3 e AP 4.0, no Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, conforme demonstrado no mapa abaixo, porém, absorvem mulheres oriundas de todo o município do Rio de Janeiro através de demanda espontânea, prioritariamente das CAP 3.1, 3.3 e 4.0, e ainda referenciadas através da Central de Regulação de Vagas.



O Hospital Maternidade Alexander Fleming está localizado na Rua Jorge Schmidt, 331 - Marechal Hermes. Rio de Janeiro - RJ, CEP: 21610-645, na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. A Área de Planejamento 3.3 possui 29 bairros e uma população total estimada de 965.000 habitantes (CENSO IBGE, 2010).

O Hospital Maternidade Herculano Pinheiro possui entrada pela Av. Ministro Edgard Romero, 276 - Madureira. Rio de Janeiro - RJ, CEP: 21360.200, na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. A Área de Planejamento 3.3 possui 29 bairros e uma população total estimada de 965.000 habitantes (CENSO IBGE, 2010).

A Maternidade Leila Diniz está localizada na Av. Luis Prestes, 560 – Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 22.631-004, na AP 4.0 que fica na Zona Sudoeste da cidade do Rio de Janeiro. A Área de Planejamento 4.0 possui 19 bairros e uma população total estimada de 1.000.000 de habitantes (CENSO IBGE, 2010).

Abaixo segue a proposta* de georreferenciamento do Programa Cegonha Carioca para o Hospital Maternidade Alexander Fleming/Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e Maternidade Leila Diniz:

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING

CAP	CNES	UNIDADE QUE ENCAMINHA
3.1	5179726	CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS
	7985657	CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA
	6664075	CF FELIPPE CARDOSO
	6664040	CF HEITOR DOS PRAZERES
	6932916	CF JOÃOSINHO TRINTA
	9016805	CF NILDA CAMPOS
	2269902	CMS JOSÉ BREVES DOS SANTOS
	2296535	CMS NAGIB JORGE FARAH
3.3	9128867	CF AMAURY BOTTANY
	9111344	CF CÂNDIDO RIBEIRO DA SILVA FILHO
	9078983	CF CYPRIANO DAS CHAGAS MEDEIROS
	7108265	CF DANTE ROMANO JUNIOR
	9131884	CF DEPUTADO PEDRO FERNANDES
	5044685	CF EDMA VALADÃO
	189200	CF ENG. SANITARISTA PAULO D'AVILLA
	6793231	CF EPITÁCIO SOARES REIS
	6571956	CF JOSUETE SANT'ANNA DE OLIVEIRA
	6974708	CF MAESTRO CELESTINO
7088574	CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO	

	6761704	CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA
	6029965	CF MARCOS VALADÃO
	2273179	CMS AUGUSTO DO A. PEIXOTO
	5879655	CMS ALICE DE TOLEDO TIBIRIÇÁ
	2269309	CMS CARLOS CRUZ LIMA
	2269732	CMS CARMELA DUTRA
	5315026	CMS FAZENDA BOTAFOGO
	2296586	CMS NASCIMENTO GURGEL
	2269759	CMS FLÁVIO COUTO VIEIRA
	2269627	CMS SYLVIO F. BRAUNER
	5315050	CMS PORTUS / QUITANDA
4.0	7996675	CF GERSON BERGHER
	6927254	CMS NEWTON BETHLEM

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO

CAP	CNES	UNIDADE QUE ENCAMINHA
3.3	6869009	CF ANA MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS CORREIA
	9072640	CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPÉRIO
	2269295	CMS CLEMENTINO FRAGA
	5417708	CF SOUZA MARQUES
	0199338	CF ADV MÁRIO PIRES DA SILVA
	2269937	CMS ALBERTO BORGERTH
	2270412	PAM CAVALCANTI

MATERNIDADE LEILA DINIZ

CAP	CNES	UNIDADE QUE ENCAMINHA
4.0	9071385	CF ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO
	7892810	CF BARBARA MOSLEY DE SOUZA
	7873565	CF JOSÉ DE SOUZA HERDY
	9127100	CF JOSÉ NEVES
	7995520	CF MAICON SIQUEIRA
	7995520	CF MAURY ALVES DE PINHO
	0214949	CF LOURIVAL FRANCISCO DE OLIVEIRA
	6927319	CF PADRE JOSÉ DE AZEVEDO TIÚBA
	0265233	CF PADRE MARCOS VINICIO MIRANDA VIEIRA
	2270013	CMS CECÍLIA DONNANGELO

	4046307	CMS HAMILTON LAND
	2708213	CMS HARVEY RIBEIRO DE SOUZA FILHO
	6784720	CMS ITANHANGÁ
	5465877	CMS NOVO PALMARES
	3567508	CMS RAPHAEL DE PAULA SOUZA
	5465885	CMS SANTA MARIA
	2296543	CMS JORGE SALDANHA BANDEIRA DE MELLO
	2270609	H.M. LOURENÇO JORGE - MAT. LEILA DINIZ
5.2	6648371	CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN
	2270277	CMS ALVIMAR DE CARVALHO
	2270307	CMS MOURÃO FILHO
	2270293	CMS RAUL BARROSO

* As referências podem sofrer alterações, de acordo com as demandas do território.

Indicadores de Saúde do Município do Rio de Janeiro - 2000-2024 AP 3.3

Secretaria Municipal de Saúde Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Superintendência de Vigilância em Saúde Coordenação de Análise da Situação de Saúde												
Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 3.3 da Cidade do Rio de Janeiro 2011 - 2021												
Indicadores Demográficos												
População Total	nº	942.638	942.638	942.638	942.638	942.638	942.638	942.638	942.638	942.638	942.638	942.638
Razão de Sexos	%	86,48	86,48	86,48	86,48	86,48	86,48	86,48	86,48	86,48	86,48	86,48
Maior ou igual a 40 anos	nº	388.474	388.474	388.474	388.474	388.474	388.474	388.474	388.474	388.474	388.474	388.474
	nº	141.004	141.004	141.004	141.004	141.004	141.004	141.004	141.004	141.004	141.004	141.004
Maior ou igual a 60 anos	%	14,96	14,96	14,96	14,96	14,96	14,96	14,96	14,96	14,96	14,96	14,96
Mortalidade												
Geral	nº	8.642	8.513	8.669	8.910	8.867	9.640	8.875	9.219	9.506	11.263	5.699
	taxa †	9,17	9,03	9,20	9,45	9,41	10,23	9,42	9,78	10,08	11,95	6,05
Infantil	nº	160	176	193	167	187	146	154	178	173	110	61
	taxa *	12,73	13,92	14,96	12,84	14,35	12,23	12,56	15,09	16,07	10,87	14,75
Neonatal	nº	97	122	133	117	130	87	111	129	111	77	38
	taxa *	7,71	9,65	10,31	8,99	9,98	7,29	9,05	10,94	10,31	7,61	9,19
	nº	77	85	104	95	100	70	86	91	79	51	27
Neonatal Precoce	taxa *	6,12	6,72	8,06	7,30	7,67	5,86	7,01	7,72	7,34	5,04	6,53
nº	20	37	29	22	30	17	25	38	32	26	11	
Neonatal Tardia	taxa *	1,59	2,93	2,25	1,69	2,30	1,42	2,04	3,22	2,97	2,57	2,66
nº	63	54	60	50	57	59	43	49	62	33	23	
Pós-Neonatal	taxa *	5,01	4,27	4,65	3,84	4,37	4,94	3,51	4,16	5,76	3,26	5,56
nº	81,61	85,44	86,67	97,12	93,97	96,08	96,88	95,73	92,56	98,53	74,29	
Óbitos de < 1 ano investigados	%	236	218	232	223	254	182	207	238	226	163	72
Perinatal	taxa **	16,53	15,44	16,45	16,15	18,15	13,95	15,62	18,21	19,10	15,17	16,05
nº	81,20	86,78	79,41	97,16	88,82	94,59	96,69	92,03	96,03	94,57	76,74	
Óbitos Perinatais investigados	%	159	133	128	128	154	112	121	147	147	112	45
Fetal	taxa **	80,21	87,50	72,73	96,81	88,29	92,75	97,56	89,13	97,67	92,75	75,00
nº	12	9	13	5	10	13	11	7	10	16	12	
Materna	taxa **	95,44	71,16	100,78	38,43	76,75	108,87	89,69	59,36	92,91	158,17	290,21
nº	404	411	438	411	389	432	403	379	402	476	289	
Mulher em Idade Fértil	%	92,57	90,51	91,55	95,62	93,06	91,90	96,53	94,46	95,77	94,54	70,24
Óbitos de Mulher em Idade Fértil investigados	nº	2.554	2.505	2.544	2.604	2.511	2.786	2.460	2.578	2.736	2.561	1.083
Doenças Cardiovasculares	taxa ††	270,94	265,74	269,88	276,25	266,38	295,55	260,97	273,49	290,25	271,68	114,89
nº	825	784	830	809	792	854	764	815	894	808	335	
Doenças Isquêmicas do Coração #	taxa †††	212,37	201,82	213,66	208,25	203,87	219,83	196,67	209,80	230,13	207,99	86,23
nº	686	640	651	652	570	582	607	592	601	573	274	
Doença Cerebrovascular #	taxa †††	176,59	164,75	167,58	167,84	146,73	149,82	156,25	152,39	154,71	147,50	70,53
nº	1.336	1.417	1.365	1.404	1.462	1.500	1.488	1.501	1.486	1.332	607	
Neoplasias	taxa †††	141,73	150,32	144,81	148,94	155,10	159,13	157,85	159,23	157,64	141,31	64,39
nº	175	175	156	178	207	219	198	187	189	159	68	
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	taxa †††	18,56	18,56	16,55	18,88	21,96	23,23	21,00	19,84	20,05	16,87	7,21
nº	121	152	134	139	161	139	175	183	160	148	63	
Neoplasia de mama feminina	taxa ††††	23,17	29,11	25,66	26,62	30,83	26,62	33,51	116,83	102,15	94,49	40,22
nº	779	793	757	805	792	890	851	851	854	746	351	
Causas Externas	taxa †††	82,64	84,13	80,31	85,40	84,02	94,42	90,28	90,28	90,60	79,14	37,24
Homicídios, incluindo as intervenções legais	nº	332	322	317	348	321	390	371	376	359	52	17
taxa †††	35,22	34,16	33,63	36,92	34,05	41,37	39,36	39,89	38,08	5,52	1,80	
nº	95	148	125	131	82	95	108	73	74	10	4	
Acidentes de Transporte	taxa †††	10,08	15,70	13,26	13,90	8,70	10,08	11,46	7,74	7,85	1,06	0,42
nº	475	442	418	452	413	504	429	463	480	625	471	
Causas Mal Definidas	%	5,50	5,19	4,82	5,07	4,66	5,23	4,83	5,02	5,05	5,55	8,26
nº	1.008	964	1.090	1.120	1.087	1.154	1.117	1.109	1.183	991	478	
Doenças Respiratórias	taxa †††	106,93	102,27	115,63	118,82	115,31	122,42	118,50	117,65	125,50	105,13	50,71
nº	479	476	535	607	591	601	542	526	547	2.979	1.770	
Doenças Infecciosas e Parasitárias	taxa †††	50,81	50,50	56,76	64,39	62,70	63,76	57,50	55,80	58,03	316,03	187,77
nº	144	128	156	150	132	129	130	112	98	102	33	
AIDS	taxa †††	15,28	13,58	16,55	15,91	14,00	13,68	13,79	11,88	10,40	10,82	3,50
nº	69	55	63	86	71	43	40	36	26	22	20	
Tuberculose	taxa †††	7,32	5,83	6,68	9,12	7,53	4,56	4,24	3,82	2,76	2,33	2,12
nº	600	551	545	493	500	540	489	562	569	568	245	
Doenças Endócrinas Nutricionais Metabólicas	taxa †††	63,65	58,45	57,82	52,30	53,04	57,29	51,88	59,62	60,36	60,26	25,99
nº	476	429	434	397	402	421	397	468	469	481	196	
Diabetes Mellitus	taxa †††	50,50	45,51	46,04	42,12	42,65	44,66	42,12	49,65	49,75	51,03	20,79
Nascidos Vivos												
Número	nº	12.573	12.648	12.900	13.011	13.030	11.941	12.264	11.793	10.763	10.116	4.135
Taxa de Natalidade	taxa	13,34	13,42	13,68	13,80	13,82	12,67	13,01	12,51	11,42	10,73	4,39
Taxa de Fecundidade Total	taxa	1,66	1,67	1,70	1,71	1,72	1,58	1,60	1,55	1,42	1,33	0,54
Fecundidade Específica (10 a 14 anos)	taxa	0,0027	0,0029	0,0031	0,0029	0,0026	0,0020	0,0023	0,0024	0,0020	0,0020	0,0011
Fecundidade Específica (15 a 19 anos)	taxa	0,0628	0,0626	0,0620	0,0613	0,0598	0,0552	0,0530	0,0478	0,0426	0,0363	0,0157
Mães Adolescentes	%	18,48	18,36	17,89	17,49	16,95	16,96	15,97	15,09	14,67	13,40	14,39
Baixo Peso	%	9,40	9,63	9,29	9,58	9,62	9,71	9,76	9,91	9,55	9,79	10,45
Prematuridade	%	10,51	12,56	13,17	13,43	12,33	12,87	12,12	11,35	11,59	12,63	13,91
Cesareanas	%	56,27	57,81	58,23	57,97	56,95	55,24	50,81	50,96	52,40	50,45	49,87
7 e mais consultas de Pré-natal	%	62,52	65,23	66,23	65,92	66,83	69,05	73,33	74,95	73,73	69,82	69,94
Cobertura do SUS	%	61,54	60,96	61,32	61,08	62,96	66,58	67,79	68,86	69,21	70,15	72,53

FONTE: CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC - RJ
 ESTIMATIVAS POPULACIONAIS: IPP/SMU-RJ e Censo 2010.
 FUNDAMENTAÇÃO: SINASC_SIM_CID 10 e RIPS - Fichas de qualificação do RIPS - Mortalidade Perinatal (2012)

NOTAS:
 * Taxa por 1000 nascidos vivos. † Taxa por 1000 habitantes # Taxa de mortalidade específica para maior de 40 anos.
 ** Taxa por 100 mil nascidos vivos. †† Taxa por 100 mil habitantes. *# Taxa de mortalidade perinatal levando em conta óbito fetal com IG≥22 semanas.
 *** Taxa por 1000 nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) ††† Taxa por 100 mil mulheres

OBSERVAÇÕES:
 1- A população total foi atualizada pelo IPP considerando os CENSOS de 2000 e 2010 e suas estimativas intercensitárias.
 2- Para o cálculo dos indicadores segundo faixa etária e sexo, foram utilizadas estimativas fornecidas pelo IPP considerando os CENSOS de 1991 e 2000.
 3- Somente a partir de 2006 as informações contidas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) permitiram obter a proporção dos óbitos investigados.
 4- Dados de 2020 e 2021 sujeitos a atualização.

Indicadores de Saúde do Município do Rio de Janeiro - 2000-2024 AP 4.0

Table with columns for indicators, years (2000-2024), and values. Includes sections for Demographics, Mortality, and Diseases. Includes a footer with source information and notes.

5. PRODUTO

A parceria visa abranger a contratação de recursos humanos, de serviços, a aquisição de material permanente, insumos e medicamentos, a programação visual das unidades, ou seja, todos os recursos necessários para assegurar a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal e seu recém nascido no âmbito hospitalar, exclusivamente aos usuários do SUS que serão acolhidos e assistidos em suas diversas demandas de saúde, **no Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e Maternidade Leila Diniz, estão localizado(s) na(s) AP 3.3 e AP 4.0**, respectivamente, 24 horas do dia, todos os dias da semana, assim, por meio desta parceria, espera-se garantir a implantação da tecnologia e atendimento de forma integral às nossas pacientes com perfil para a Unidade.

Em decorrência da execução do objeto e partindo das evidências descritas no tópico Abrangência / Indicadores de saúde, espera-se, como resultado, garantir indicadores assistenciais da Linha de Cuidado dentro das metas pré-estabelecidas.

Com a gestão plena da Unidade, espera-se garantir a infraestrutura e tecnologia, bem como o correto dimensionamento de pessoal, necessários para o atendimento com excelência das demandas Assistenciais com celeridade e resolutividade.

A Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades, área técnica da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo acompanhamento e execução do presente Plano de Trabalho, fará a coordenação de todas as ações gerenciais e assistenciais à população a ser atendida nos Hospitais Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e Maternidade Leila Diniz, estão localizado(s) na(s) AP 3.3 e AP 4.0.

Caberá à contratada a responsabilidade pela aquisição e atualização dos itens necessários ao funcionamento assistencial da unidade, bem como a contratação de todos os serviços que permitam sua operacionalização. As adaptações, os equipamentos e mobiliários adquiridos pela contratada passarão a integrar o patrimônio das unidades de saúde, sendo de propriedade do Município do Rio de Janeiro.

6. ATIVIDADES

As atividades assistenciais a serem desempenhadas no Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Herculano Pinheiro e Maternidade Leila Diniz, serão executadas, nas 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive, sábados, domingos e feriados, e corresponderão a execução das ações e serviços de saúde,

garantindo a assistência universal e gratuita à população obstétrica e neonatal, seguindo as orientações técnicas determinadas pela Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – SUBHUE, com quadro de profissionais de saúde e de apoio capaz de manter e contemplar durante todo o período de funcionamento toda a demanda assistencial e administrativa da unidade, de acordo com a sua especificidade assistencial de suporte a urgência e emergência e condizente com a sua complexidade. Para tanto, a organização do trabalho deverá se operar por via de equipes multiprofissionais, não só de forma horizontal, como também em plantão, utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe.

A unidade tem como papel principal o atendimento às gestantes georreferenciadas através do Programa Cegonha Carioca, atuando de forma organizada dentro da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, absorve a demanda espontânea de atendimentos obstétricos de emergência, garantindo acolhimento e assistência imediata às intercorrências do ciclo gravídico-puerperal, sendo também responsável pela realização de laqueaduras tubárias no pós-parto imediato, assegurando o cumprimento das normas legais e o acesso das mulheres aos seus direitos reprodutivos de forma segura e humanizada.

A entidade parceira deverá promover a realização de internação, do procedimento, acompanhamento pós-operatório no segmento hospitalar e atendimento ao recém nascido saudável e ou de risco.

Para garantir a assistência integral, o atendimento contará com acompanhamento multidisciplinar e realização de exames laboratoriais, de imagem e outros necessários para o melhor desfecho.

6.1. CAPACIDADE TÉCNICA INSTALADA

Para tal, as atividades contempladas no objeto deste Plano de Trabalho deverão observar minimamente o seguinte detalhamento:

6.1.1 Hospital Maternidade Alexander Fleming:

ATIVIDADES	CAPACIDADE INSTALADA
Consultório de PNAR	04
Leitos ativos de Obstetrícia	60

Leitos PPP	11
Leitos de Observação	04
Salas cirúrgicas	03
Leitos de RPA	04
Leitos de UTIN	10
Leitos de UCINCO	11
Leitos de UCINCA	04

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos à mulher desde a sua admissão até a sua alta hospitalar.

O Centro Cirúrgico do HMAF dispõe de 03 (três) salas cirúrgicas e 04 (quatro) leitos de recuperação pós-anestésica. A equipe de apoio assistencial é composta pela Unidade de Internação, Unidade Transfusional, Serviços de Farmácia, Lavanderia, Almoarifado, Nutrição, Manutenção Geral, Arquivo de Prontuários de Paciente e Estatística.

- a. Para garantir o atendimento da demanda estimada, serão adotados os seguintes preceitos: georreferenciamento do Programa Cegonha Carioca, atendimento de demanda espontânea na emergência; além da realização de laqueadura tubária pós-parto, de pacientes oriundas da assistência ao parto ofertada pela unidade;
- b. Caberá à contratada, a aquisição / disponibilização dos insumos, materiais e medicamentos necessários para o atendimento às gestantes, puérperas, ao recém nascido e a realização das laqueaduras tubárias pós-parto, bem como a adequação / organização necessária do centro cirúrgico;
- c. Os serviços serão prestados através de profissionais regularmente inscritos nos Conselhos Regionais e deverão desenvolver as atividades descritas mediante critérios e qualidade técnica exigida.
- d. Atender com respeito e dignidade de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços.

6.1.2 Hospital Maternidade Herculano Pinheiro:

ATIVIDADES	CAPACIDADE INSTALADA
Leitos ativos de Alojamento Conjunto	10
Leitos PPP	05
Sala cirúrgica	01
Leitos de RPA	02

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos à mulher desde a sua admissão até a sua alta hospitalar.

O Centro Cirúrgico do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro dispõe de 01 (uma) sala cirúrgica e 02 leitos de recuperação pós-anestésica (RPA). A equipe de apoio assistencial é composta pela Unidade de internação, Unidade Transfusional, Serviços de Farmácia, Lavanderia, Almoxarifado, Nutrição, Manutenção Geral, Arquivo de Prontuários de Paciente e Estatística.

- a. Para garantir o atendimento da demanda estimada, serão adotados os seguintes preceitos: georreferenciamento do Programa Cegonha Carioca, atendimento de demanda espontânea na emergência; além da realização de laqueadura tubária pós-parto, de pacientes oriundas da assistência ao parto ofertada pela unidade;
- b. Caberá à contratada, a aquisição / disponibilização dos insumos, materiais e medicamentos necessários para o atendimento às gestantes, puérperas, ao recém nascido e a realização das laqueaduras tubárias pós-parto, bem como a adequação / organização necessária do centro cirúrgico;
- c. Os serviços serão prestados através de profissionais regularmente inscritos nos Conselhos Regionais e deverão desenvolver as atividades descritas mediante critérios e qualidade técnica exigida;
- d. Atender com respeito e dignidade de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços.

6.1.3 Maternidade Leila Diniz:

ATIVIDADES	CAPACIDADE INSTALADA
Consultório de PNAR	07
Leitos ativos de Obstetrícia	80
Leitos PPP	07
Leitos de Hospital-dia	04
Salas cirúrgicas	03
Leitos de RPA	04
Leitos de UTIN	10
Leitos de UCINCO	10
Leitos de UCINCA	05

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos à mulher desde a sua admissão até a sua alta hospitalar.

O Centro Cirúrgico da Maternidade Leila Diniz dispõe de 02 (duas) salas cirúrgicas e 04 leitos de recuperação pós-anestésica (RPA), porém a demanda da Unidade necessita de mais uma sala cirúrgica a qual estaremos adequando através do referido plano de trabalho, totalizando 03 (três) salas cirúrgicas. A equipe de apoio assistencial é composta pela Unidade de internação, Unidade Transfusional, Serviços de Farmácia, Lavanderia, Almoarifado, Nutrição, Manutenção Geral, Arquivo de Prontuários de Paciente e Estatística. Toda a infraestrutura que não consta no cronograma de desembolso será ofertada pelo Hospital Municipal Lourenço Jorge.

a. Para garantir o atendimento da demanda estimada, serão adotados os seguintes preceitos: georreferenciamento do Programa Cegonha Carioca, atendimento de demanda espontânea na emergência; além da realização de laqueadura tubária pós-parto, de pacientes oriundas da assistência ao parto ofertada pela unidade;

- b. Caberá à contratada, a aquisição / disponibilização dos insumos, materiais e medicamentos necessários para o atendimento às gestantes, puérperas, ao recém nascido e a realização das laqueaduras tubárias pós-parto, bem como a adequação / organização necessária do centro cirúrgico;
- c. Os serviços serão prestados através de profissionais regularmente inscritos nos Conselhos Regionais e deverão desenvolver as atividades descritas mediante critérios e qualidade técnica exigida.
- d. Atender com respeito e dignidade de modo universal e igualitário, sem diferenciação no atendimento, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços.

6.2. Acolhimento e Classificação de Risco

O Acolhimento ocorre em todos os locais e momentos do serviço de saúde, com capacitação e envolvimento de todos os profissionais da Unidade. A Classificação de Risco na unidade de urgência e emergência é um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes, gerando um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

A. PROCESSO DE ACOLHIMENTO

Todos os pacientes que procuram os serviços de saúde serão acolhidos por profissionais com uma postura capaz de escutar e dar respostas mais adequadas. Acolher significa prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, em relação a outros serviços de saúde da rede para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

B. PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Classificação de Risco será realizada por equipe de enfermagem capacitada, agilizando o atendimento e aprimorando as definições de prioridade. O critério para estabelecimento do nível de classificação é baseado no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco da Secretaria Municipal de Saúde usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão.

A classificação é feita de acordo com os seguintes níveis de severidade:

PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAVLIAÇÃO DE ENFERMAGEM
I	VERMELHO	Ressuscitação	Intervenção médica imediata – sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	LARANJA	Emergência	Aval. médica <15 minutos – sem sinal sonoro	A cada 15 minutos
III	AMARELO	Urgência	Aval. médica <30 minutos Será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação	A cada 60 minutos
IV	VERDE	Menor urgência	Aval. médica +/- 60 minutos Será atendidosomente após todos os classificados como amarelo	A cada 120 minutos.
V	AZUL	Não urgente	Aval. médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo ou caso social deverá ser preferencialmente atendido na UBS; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)	A cada 240 minutos.

Considerando os excelentes resultados alcançados pelo Programa Cegonha Carioca, sua manutenção nas portas de entrada das maternidades anteriormente geridas sob administração direta será mantido, no sentido de assegurar a continuidade das boas práticas assistenciais, a organização do acesso e a qualificação do acolhimento às gestantes e puérperas na rede municipal de saúde.

6.2.1. Unidade Hospitalar

- a. Realizar o acompanhamento e avaliação dos pacientes: mulheres previamente georreferenciadas para a unidade através do Programa Cegonha Carioca, seus recém nascidos e puérperas;
- b. Realizar Internação, transferência, exames e procedimentos compatíveis;

- c. Implantar mecanismo de gestão clínica visando à qualificação do cuidado, a eficiência dos leitos de observação, a reorganização dos fluxos e dos processos de trabalho;
- d. Fazer a Regulação dos pacientes atendidos, tais como: preenchimento de documentos, autorização de internação hospitalar - AIH, laudo e atualização desses documentos, vinculada a Central Municipal de Regulação e o Núcleo Interno de Regulação;
- e. Garantir o Seguimento das ações assistenciais;
- f. Garantir a Referência responsável para unidades da região para os atendimentos com perfil de atenção básica;
- g. Realizar Transporte inter-hospitalar dos pacientes que necessitem de continuidade dos cuidados e ou que necessitem de transferência para outra unidade da rede, devidamente regulado;
- h. Garantir Referência de retaguarda regulada aos pacientes oriundos dos serviços de saúde dos diversos pontos de atenção, que necessitem de cuidados de terapia intensiva;
- i. Prestar todas as demais atividades essenciais de atenção e assistência às demandas dos pacientes que procuram a unidade;
- j. Elaborar Protocolos clínicos assistenciais tendo como base os protocolos da SMS-Rio;
- k. Elaborar Procedimentos Operacionais Padrão – POP de todos os serviços do Hospital Maternidade Alexander Fleming, atinentes ao objeto da parceria;
- l. Organizar as linhas de cuidado, com base nas realidades locorregionais, identificando os principais agravos, além da análise situacional de saúde, usada como subsídio para a identificação de riscos coletivos ambientais e para a definição de prioridades das ações de saúde;
- m. Realizar gestão baseada em resultado: gestão clínica, com aplicação de tecnologias de gestão para assegurar padrões clínicos excelentes e assim aumentar a eficiência; diminuindo os riscos para os usuários, pacientes e profissionais;

- n. Realizar auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a Secretaria Municipal da Saúde - SMS-Rio;
- o. Incentivar à participação e controle social;
- p. Desenvolver atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;
- q. Utilizar sistemas logísticos e de tecnologia da informação, possibilitando a articulação e integração aos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde que efetivamente atendam às necessidades das mulheres, tendo e mantendo conectividade entre os diferentes pontos de atenção, gerando relatórios assistenciais demandados pela Secretaria Municipal de Saúde e que possibilitem e orientem a tomada de decisão;

6.2.2 Hospital Maternidade Alexander Fleming:

A qualidade e a resolutividade da atenção e da assistência, constituem a base do processo assistencial de toda a Rede de Atenção de Saúde. Com base nesta organização a entidade parceira deverá prever todas as necessidades de contratação e aquisição de bens e serviços para prestação da assistência prevista neste Plano de Trabalho, com a garantia de que a estrutura disponibilizada atenda às necessidades, objeto da presente parceria, além da operacionalização assistencial de:

- a) 03 salas de cirurgia;
- b) 04 leitos de RPA;
- c) 11 leitos PPP;
- d) 04 leitos de observação;
- e) 60 leitos obstétricos;
- f) 10 leitos de UTIN;
- g) 11 leitos de UCINCO;
- h) 04 leitos de UCINCA.

As atividades contempladas no objeto deste Plano de Trabalho deverão ainda observar a seguinte meta física:

METAS FÍSICAS	
PROCEDIMENTOS	META
Consulta NAIRR	50 por semana / 200 por mês

OFERTA DE PNAR 1ª VEZ	100 por semana / 400 por mês
OFERTA DE PNAR ACIMA de 32 semanas	20 por semana / 80 por mês

6.2.3 Hospital Maternidade Herculano Pinheiro:

A qualidade e a resolutividade da atenção e da assistência, constituem a base do processo assistencial de toda a rede de Atenção de Saúde. Com base nesta organização a entidade parceira deverá prever todas as necessidades de contratação e aquisição de bens e serviços para prestação da assistência prevista neste Plano de Trabalho, com a garantia de que a estrutura disponibilizada atenda às necessidades, objeto da presente parceria, além da operacionalização assistencial de:

- a) 01 sala de cirurgia;
- b) 02 leitos de RPA;
- c) 05 leitos PPP;
- d) 10 leitos de Alojamento Conjunto;

As atividades contempladas no objeto deste Plano de Trabalho deverão ainda observar a seguinte meta física:

METAS FÍSICAS	
PROCEDIMENTOS	META
Proporção de emergências estabilizadas com segurança antes da transferência	≥ 95%
Taxa de transferência para unidades de maior complexidade	menor ou igual a 15%
Taxa de aconselhamento reprodutivo	≥ 90% das puérperas
Teste do pezinho, orelhinha e coraçãozinho realizados antes da alta	≥ 95%

6.2.4 Maternidade Leila Diniz:

A qualidade e a resolutividade da atenção e da assistência, constituem a base do processo assistencial de toda a rede de Atenção de Saúde. Com base nesta organização a entidade parceira deverá prever todas as necessidades de contratação e aquisição de bens e serviços para prestação da assistência prevista neste Plano de Trabalho, com a garantia de que a estrutura disponibilizada atenda às necessidades, objeto da presente parceria, além da operacionalização assistencial de:

- a) 03 salas de cirurgia;

- b) 04 leitos de RPA;
- c) 07 leitos PPP;
- d) 04 leitos de hospital-dia;
- e) 80 leitos obstétricos;
- f) 10 leitos de UTIN;
- g) 10 leitos de UCINCO;
- h) 05 leitos de UCINCA.

As atividades contempladas no objeto deste Plano de Trabalho deverão ainda observar a seguinte meta física:

METAS FÍSICAS	
PROCEDIMENTOS	META
Consulta NAIRR	50 por semana / 200 por mês
OFERTA DE PNAR 1ª VEZ	100 por semana / 400 por mês
OFERTA DE PNAR ACIMA de 32 semanas	20 por semana / 80 por mês

6.3. A Organização da Sociedade Civil parceira deverá garantir os insumos e materiais permanentes, de maneira qualitativa e quantitativamente, a fim de assegurar o bom funcionamento da oferta dos serviços objeto desta parceria.

Deverá disponibilizar ainda, solução integrada de insumos e medicamentos com armazenamento e identificação, controle integrado da distribuição de medicamentos e insumos hospitalares, distribuição automatizada e assistência à beira do leito do paciente e controle de administração.

Deverá também providenciar à execução dos serviços de assistência à saúde da unidade de saúde, objeto do presente Plano de Trabalho, incluindo no custeio: métodos diagnósticos, tais como: laboratorial, Raio-X, Ultrassonografia (USG), Ecocardiograma (ECO), insumos, medicamentos, materiais, alimentação, material de apoio e todos os demais recursos e serviços necessários, observada à sistemática de referência e contra referência do Sistema Único de Saúde – SUS, sem prejuízo da observância do sistema Regulação da SMS-Rio.

6.3.1. Desta forma, a Organização da Sociedade Civil parceira deverá garantir as ações e serviços essenciais ao pleno funcionamento da Unidade, tais como:

1. Contratação de Recursos Humanos administrativos e assistenciais (profissionais de saúde e de apoio às atividades assistenciais);
2. Aquisição de material permanente (mobiliário hospitalar e equipamentos);
3. Manutenção do material Permanente já adquirido (mobiliário e equipamentos); Aquisição de insumos (material médico-cirúrgico, rouparia, outros);
4. Aquisição de medicamentos e materiais de consumo;
5. Serviços de apoio à diagnose e terapêutica: tais como USG obstétrica e neonatal, Ecocardiograma neonatal e fetal, Eletrocardiograma (ECG), Raio x, entre outros;
6. Fornecimento de serviços de apoio, tais como: recepção, maqueiros, vigilância, alimentação/nutrição, limpeza, jardinagem, coleta de lixo e recolhimento de lixo especial, controle de vetores, prontuário eletrônico, gases medicinais, insumos hospitalares, monitoramento de câmera de segurança, internet, telefonia fixa e móvel, computadores e impressoras, material de informática, gestão de software/informática/sistema de informação, sistema de gestão de medicamentos e insumos automatizados, papelaria, totem para pesquisa de satisfação, dosimetria pessoal, lavanderia, rouparia, engenharia clínica, com manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, manutenção predial e refrigeração, locação e manutenção de geradores, luz, recarga de extintores e outras despesas gerais administrativas;
7. Disponibilização de serviço de transporte com motorista para documentos, pessoas, insumos e para o serviço volante de USG e ECO;
8. Manutenção predial preventiva e corretiva;
9. Adequações necessárias para operacionalização dos espaços.

6.3.2. Para a organização das ações assistenciais de emergência obstétrica foram definidas as seguintes estratégias e atividades básicas:

- Atendimento de emergência obstétrica;
- Atendimento, acompanhamento e avaliação das mulheres em observação na emergência obstétrica;
- Solicitações de internação, transferência, exames e procedimentos de alta, média e baixa complexidade;
- Emissão de AIH;
- Atividades atinentes à regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, contato com Central Municipal de Regulação;
- Referência garantida para unidade da região para os atendimentos da atenção básica;
- Transversalidade em outras unidades da rede, ou seja, as Maternidades poderão a critério técnico assistencial, em conjunto da SUBHUE e da regulação, disponibilizar recursos materiais e humanos pertinentes para atuarem em outras unidades da rede que se fizerem necessários;
- Todas as demais atividades essenciais de atenção e assistência às demandas emergentes e urgentes, dos pacientes que procuram a unidade.

Com base nesta organização, a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deverá prever todas as necessidades de contratação que garanta a assistência obstétrica e neonatal prevista neste projeto básico, no que tange às ações assistenciais, com a garantia de que a estrutura disponibilizada atenda às necessidades das usuárias do Sistema Único de Saúde, objeto do presente contrato.

A formatação do serviço deverá prover os recursos humanos para garantir a demanda estimada dos serviços de acolhimento e classificação de risco, procedimentos médicos e de enfermagem para atender as emergências obstétricas, internação obstétrica cirúrgica e clínica e internações neonatais, além da operacionalização assistencial, considerando as metas físicas definidas em anexo.

O desenho operacional assistencial deverá se fundamentar nas referências que apoiam a boa prática clínica, que são as melhores evidências disponíveis e aceitas de

práticas clínicas baseadas em evidências; o consenso de sociedades científicas e conselhos de classe; processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial e os protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela SMS-Rio.

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

6.3.3. Os Hospitais deverão ter um serviço de documentação médica e arquivo médico onde deverá manter os prontuários, boletins de atendimento e outros documentos mantendo-os sob sua guarda, disponibilizando para consulta por parte dos pacientes e fornecendo certidões e afins dentro do que preceitua a legislação vigente.

6.3.4. A contratada ofertará os serviços de saúde diversos, utilizando seus recursos humanos e técnicos, exclusivamente aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, cumprindo as metas estabelecidas neste Projeto Básico.

6.4. PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL:

Define-se como Modelo Assistencial a forma como a assistência à saúde é organizada. Ele pode variar ao longo do tempo e espaço em que estão inseridos, de acordo com as mudanças que podem ocorrer na sociedade como um todo.

A seguir, segue exemplo de modelo de gestão a ser implementado por esta parceria:

- a) Modelo de Gestão e Assistencial pautado na prevenção de riscos clínicos assistenciais e riscos ao negócio da saúde. Garantindo a prática de uso de ferramentas de gestão como PDSA, com foco em melhoria contínua.
- b) Desenho da estrutura organizacional da unidade hospitalar, objeto deste chamamento, compreendendo a definição dos cargos, suas atribuições e responsabilidades. Descrição da dinâmica de relacionamento entre os cargos diretivos e processos concretos de comunicação e decisão e prestação de contas;
- c) Rotinas dos procedimentos operacionais, dos diversos serviços de saúde que caracterizem os serviços assistenciais da unidade;
- d) Rotinas e protocolos referentes a medicamentos e materiais de consumo gerais e médico-hospitalares, com implantação de solução integrada para automação da logística

de armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos no âmbito hospitalar, mantendo toda rastreabilidade deste processo;

e) Garantir a participação de funcionários da OSC nas comissões obrigatórias abaixo relacionadas, e apresentar mensalmente as atas das reuniões regulares, bem como, o Regimento publicado em Diário Oficial.

Das Comissões Permanentes:

1. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
2. Comissão de Ética Médica;
3. Comissão de Ética Enfermagem;
4. Comissão de Óbitos;
5. Comissão de Revisão de Prontuários;
6. Comissão de Farmácia e Terapia;
7. Núcleo de Segurança do Paciente;
8. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH;

f) Implantar o Plano de Educação Permanente e Continuada e formação relacionados aos serviços alinhados ao objeto proposto.

6.5. DOS RECURSOS HUMANOS:

Os recursos humanos deverão ser selecionados de acordo com os perfis de conhecimento e experiência necessários ao desempenho das funções específicas a que se destinam.

Todos os profissionais deverão ter um conhecimento básico sobre a Política Nacional do Sistema Único de Saúde e Saúde da Mulher.

A Maternidade em questão tem o título de IHAC, portanto trabalharemos para a sua manutenção. O IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) é uma estratégia global lançada pela OMS e UNICEF e adotada pelo Ministério da Saúde desde 1992, com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e fortalecer o vínculo mãe-bebê desde o nascimento. Nas maternidades, a adesão e manutenção do título Hospital Amigo da Criança significam o compromisso institucional com práticas baseadas em evidências, como o contato pele a pele imediato, o incentivo à amamentação na primeira hora de vida, o alojamento conjunto, o não uso rotineiro de fórmulas e mamadeiras, e o apoio contínuo à mulher para o sucesso do aleitamento. A certificação exige o cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, previstos

na Portaria GM/MS nº 1.153/2014 e na Nota Técnica nº 26/2021-DAPES/SAPS/MS, além de auditorias regulares conduzidas por equipes estaduais e federais.

A manutenção do IHAC é tão importante quanto sua implantação: ela garante a sustentabilidade das boas práticas e a qualificação permanente das equipes multiprofissionais, fortalecendo o modelo de cuidado humanizado preconizado pela Rede Alyne e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Maternidades que mantêm o selo IHAC demonstram maior adesão à humanização do parto e nascimento, menores índices de morbimortalidade neonatal e maior prevalência de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, refletindo diretamente na saúde infantil e na redução das desigualdades em saúde.

É necessário que a contratação dos obstetras assegure a presença, em todos os plantões, de profissionais com competência em ultrassonografia, visando à otimização dos fluxos assistenciais e à qualificação do cuidado prestado.

É imprescindível que o dimensionamento e contratação de pessoal estejam alinhados com as normas vigentes da ANVISA, conselhos das categorias profissionais, bem como, ao perfil de dependência de cuidado dos pacientes, garantindo ainda o Índice de Segurança Técnica necessária para uma atuação assistencial segura, minimamente, na forma que será abaixo apresentada.

A lotação ideal compreende a apresentação de uma estrutura de cargos e salários e o dimensionamento do quantitativo de trabalhadores a serem contratados pela Organização da Sociedade Civil parceira, tanto na área técnica quanto administrativa e de apoio, por categoria profissional, carga horária semanal e regime de trabalho, explicitando encargos e todos os benefícios envolvidos, incluindo Sistema de Recrutamento e Seleção para composição do Quadro de Lotação Ideal.

Dimensionamento de RH:

6.5.1 HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDRE FLEMING:

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING						EQUIPE DE GESTÃO MACRO				
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPON. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA	
EQUIPE DE GESTÃO MACRO HOSPITALAR										
DIRETOR GERAL	40	1	1	26.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	26.324,20	
COORDENADOR MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	7.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	7.324,20	
ADMINISTRADOR RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	7.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	7.324,20	
COORDENADOR DE PROCESSO	40	1	1	13.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.324,20	
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1	1	13.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.324,20	
EQUIPE DE GESTÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR										
MÉDICO COORDENADOR ANESTESIOLOGISTA	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20	
MÉDICO COORDENADOR GINECOLOGIA	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20	
MÉDICO COORDENADOR HEMOTERAPEUTA RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20	
FARMACÊUTICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	6.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.324,20	
MÉDICO COORDENADOR REPRESENTANTE TÉCNICO CC/CO	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20	
COORDENADOR ENFERMAGEM CC REPRESENTANTE TÉCNICO CC/CO	40	1	1	6.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.324,20	
MÉDICO COORDENADOR RESPONSÁVEL TÉCNICO UTI NEO	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20	
ENFERMEIRO COORDENADOR RESPONSÁVEL TÉCNICO UTI NEO	40	1	1	6.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.324,20	
APOIO A GESTÃO HOSPITALAR										
MÉDICO INFECTOLOGISTA	24	1	1	9.000,00	324,20	0,00	2.700,00	0,00	12.024,20	
ENFERMEIRO CCIH	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53	
ENFERMEIRO SUPERVISOR DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60	
ENFERMEIRO SUPERVISOR NOTURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60	
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		21	17					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	202.577,53	

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING						EQUIPE DE OBSTETRÍCIA				
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPON. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA	
SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA- EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO OBSTETRICO 4 LEITOS PPP, 10 LEITOS DE OBSERVAÇÃO										
MÉDICO GINECOLOGISTA / OBSTETRA - PLANTONISTA DIURNO	18	20	4	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	181.984,00	
MÉDICO GINECOLOGISTA / OBSTETRA - PLANTONISTA NOTURNO	18	15	3	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	156.738,00	
ENFERMEIRO ROTINA	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53	
ENFERMEIRO - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20	
ENFERMEIRO - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20	
ENFERMEIRO OBSTETRA - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20	
ENFERMEIRO OBSTETRA - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	15	5	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	33.363,00	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	15	5	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	39.063,00	
SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA- EQUIPE SALA DE ADMISSÃO + 02 SALAS DE ATENDIMENTO (MEDICAÇÃO)										
MÉDICO GINECOLOGISTA OBSTETRA - PLANTONISTA DIURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	45.496,00	
MÉDICO GINECOLOGISTA OBSTETRA - PLANTONISTA NOTURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	52.246,00	
ENFERMEIRO - PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60	
ENFERMEIRO - PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.345,20	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	15.625,20	
SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA- EQUIPE ASSISTENCIAL ALOJAMENTO CONJUNTO 60										
MÉDICO GINECOLOGISTA / OBSTETRA ROTINA	30	6	3	11.250,00	324,20	0,00	3.375,00	0,00	89.695,20	
MÉDICO CLÍNICO ROTINA	30	3	1	11.250,00	324,20	0,00	3.375,00	0,00	44.847,60	
ENFERMEIRO - ROTINA	40	3	3	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	13.612,59	
ENFERMEIRO - PLANTONISTA DIURNO	30	9	3	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	31.357,80	
ENFERMEIRO - PLANTONISTA NOTURNO	30	9	3	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	37.045,80	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	24	8	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	53.380,80	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	24	8	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	62.500,80	
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	4	2	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.296,80	
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		200	65					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	998.141,32	

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING						EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA				
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA	
SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA- RH ANESTESIOLOGIA 03 SALAS CIRURGICAS E 4 LEITOS RPA										
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA DIURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	90.992,00	
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA NOTURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	104.492,00	
ENFERMEIRO - ROTINA	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53	
ENFERMEIRO - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20	
ENFERMEIRO - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	12	4	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	26.690,40	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	12	4	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	31.250,40	
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	2	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40	
EQUIPE ASSISTENCIAL DA CME										
ENFERMEIRO - PLANTONISTA CME DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60	
ENFERMEIRO - PLANTONISTA CME NOTURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME DIURNO	30	12	4	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	26.690,40	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME NOTURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	15.625,20	
SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA RH ANESTESIOLOGIA CENTRO OBSTETRICO 4 LETIOS PPP, 10 LETIOS DE OBSERVAÇÃO										
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA DIURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	45.496,00	
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA NOTURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	52.246,00	
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		93	28					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	471.071,93	

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING						EQUIPE DE NEONATOLOGIA				
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA	
SERVIÇO NEONATOLOGIA- EQUIPE ASSISTENCIAL UNIDADE NEONATAL - 10 LETIOS DE										
MÉDICO INTENSIVISTA NEONATOLOGISTA ROTINA	18	4	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	36.396,80	
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRICO INTENSIVISTA PLANTONISTA DIURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	90.992,00	
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRICO INTENSIVISTA PLANTONISTA NOTURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	104.492,00	
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA INTENSIVISTA PLANTONISTA ROTINA	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53	
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA INTENSIVISTA PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20	
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA INTENSIVISTA PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ROTINA	40	1	1	2.533,33	324,20	0,00	0,00	0,00	2.857,53	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	24	8	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	53.380,80	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	24	8	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	62.500,80	
FISIOTERAPIA - ROTINA	30	1	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.699,20	
FISIOTERAPIA PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	14.097,60	
FISIOTERAPIA PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	875,00	16.722,60	
FONOAUDIOLOGO PLANTONISTA DIURNO	30	1	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.699,20	
SERVIÇO NEONATOLOGIA- EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO OBSTETRICO 4 LETIOS PPP.										
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRICO - PLANTONISTA DIURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	90.992,00	
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRICO - PLANTONISTA NOTURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	104.492,00	
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		114	36					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	636.462,46	

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING						EQUIPE DE AMBULATÓRIO				
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA	
SERVIÇO AMBULATORIAL - EQUIPE ASSISTENCIAL PRE-NATAL 4 CONSULTÓRIOS										
MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTRÉTRA	12	10	2	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	61.742,00	
MÉDICO CUINICO	12	1	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	6.174,20	
MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA	12	1	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	6.174,20	
ENFERMEIRO - ROTINA	30	1	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	3.484,20	
ENFERMEIRO DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ROTINA	30	1	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	2.224,20	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM DIURNO	30	6	3	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.345,20	
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	1	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	2.324,20	
EQUIPE ASSISTENCIAL NAIRR										
MÉDICO NEUROLOGISTA PEDIATRA	12	1	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	6.174,20	
MÉDICO PEDIATRA NAIRR	12	5	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	30.871,00	
FONOAUDIOLOGO	30	1	1	3.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	3.824,20	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30	1	1	3.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	3.824,20	
FISIOTERAPEUTA PLANTÃO DIURNO	30	3	1	3.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	11.472,60	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ROTINA	40	2	2	2.533,33	324,20	0,00	0,00	0,00	5.715,06	
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		40	19					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	178.254,66	

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING						EQUIPE DE APOIO			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPON.S. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
EQUIPE DE APOIO FARMÁCIA									
FARMACÊUTICO - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	28.195,20
FARMACÊUTICO - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	4.375,00	324,20	0,00	0,00	875,00	33.445,20
TÉCNICO DE FARMÁCIA - PLANTONISTA DIURNO	40	3	1	2.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	8.472,60
TÉCNICO DE FARMÁCIA - PLANTONISTA NOTURNO	40	3	1	2.500,00	324,20	0,00	0,00	500,00	9.972,60
EQUIPE DE APOIO NUTRIÇÃO									
NUTRICIONISTA PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	14.097,60
NUTRICIONISTA PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	875,00	16.722,60
TÉCNICO DE NUTRIÇÃO LACTARISTA PLANTÃO DIURNO	40	4	2	2.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	11.296,80
TÉCNICO DE NUTRIÇÃO LACTARISTA PLANTÃO NOTURNO	40	4	2	2.500,00	324,20	0,00	0,00	500,00	13.296,80
EQUIPE DE APOIO DIAGNOSTICO RX									
MÉDICO RADIOLOGISTA	12	1	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	6.174,20
TÉCNICO DE RAIOS X PLANTONISTA DIURNO/NOTURNO	24	7	1	2.200,00	1.296,80	0,00	0,00	440,00	27.557,60
EQUIPE DE APOIO NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO/DUMENTAÇÃO MEDICA E ARQUIVO									
ENFERMEIRO PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
ENFERMEIRO PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60
TEC ADMINISTRATIVO	40	4	2	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.296,80
TEC ADMINISTRATIVO NOTURNO	40	4	2	2.000,00	324,20	0,00	0,00	400,00	10.896,80
EQUIPE DE APOIO LABORATÓRIO									
TÉCNICO DE LABORATÓRIO PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.222,60
TÉCNICO DE LABORATÓRIO PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	550,00	10.872,60
COLETOR LABORATÓRIO - PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.672,60
COLETOR LABORATÓRIO - PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	7.812,60
TÉCNICO DE HEMOTERAPIA PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.222,60
TÉCNICO DE HEMOTERAPIA PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	550,00	10.872,60
EQUIPE DE APOIO DIAGNÓSTICO MÉDICO									
MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA OBSTETRICO COM DOPPLER	12	14	2	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	86.438,80
MÉDICO ULTRASSONOGRAFIA NEONATAL DIURNO	12	7	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	43.219,40
MÉDICO ECO FETAL DIURNO	12	7	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	43.219,40
EQUIPE DE APOIO ADMINISTRATIVO									
TÉCNICO ADMINISTRATIVO DIURNO	40	1	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	2.324,20
APOIO A GESTÃO HOSPITALAR									
PSICÓLOGO	24	1	1	3.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	3.824,20
ASSISTENTE SOCIAL	24	3	1	3.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	11.472,60
JOVEM APRENDIZ	20	10	0	761,55	324,20	0,00	0,00	0,00	10.857,50
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		115	33					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	468.257,70

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING						EQUIPE VOLANTE DE IMAGEM			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPON.S. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
Médico Radiologista	12	7	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	43.219,40
Enfermeiro	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
Técnico de Enfermagem	30	3	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.672,60
Técnico de Raios X	12	7	1	2.200,00	1.296,80	880,00	0,00	0,00	30.637,60
									0,00
									0,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		20	4					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	90.982,20

6.5.2 HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO:

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO						EQUIPE DE GESTÃO MACRO			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
EQUIPE DE GESTÃO MACRO HOSPITALAR									
DIRETOR MEDICO GERAL	40	1	1	26.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	26.324,20
COORDENADOR ENFERMAGEM RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	7.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	7.324,20
ADMINISTRATIVO RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	7.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	7.324,20
COORDENADOR DE PROCESSO	40	1	1	13.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.324,20
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1	1	13.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.324,20
EQUIPE DE GESTÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR									
MÉDICO COORDENADOR ANESTESIOLOGISTA	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20
MÉDICO COORDENADOR OBSTETRÍCIA/GINECOLOGIA	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20
COORDENADOR ENFERMAGEM RESPONSÁVEL TÉCNICO CC/CO	40	1	1	6.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.324,20
FARMACÊUTICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	6.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.324,20
APOIO A GESTÃO HOSPITALAR									
MÉDICO INFECTOLOGISTA	24	1	1	9.000,00	324,20	0,00	2.700,00	0,00	12.024,20
ENFERMEIRO - COMISSÕES	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53
ENFERMEIRO SUPERVISOR DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
ENFERMEIRO SUPERVISOR NOTURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	1	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	2.324,20
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		18	14						TOTAL DE SALÁRIOS >>> 152.604,93

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO						EQUIPE DE OBSTETRÍCIA			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO CIRURGICO/OBSTETRICO 01 SALAS + RPA E CME									
ENFERMEIRO ROTINA	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53
ENFERMEIRO CC/CME - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20
ENFERMEIRO CC/CME - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.345,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	15.625,20
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	2	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
EQUIPE ASSISTENCIAL EMERGENCIA 1 CONSULTÓRIUM, SALA DE HIPODERMIA COLETA DE LABORATORIO									
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA - PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.672,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA - PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	7.812,60
EQUIPE ASSISTENCIAL ALOJAMENTO CONJUNTO 10 LEITOS									
MÉDICO GINECOLOGISTA/ OBSTETRA ROTINA	30	3	1	11.250,00	324,20	0,00	3.375,00	0,00	44.847,60
ENFERMEIRO PLANTONISTA - PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
ENFERMEIRO PLANTONISTA - PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.345,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	15.625,20
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	2	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO CIRURGICO 01 SALAS + RPA E CME									
MÉDICO GINECOLOGISTA / OBSTETRA - PLANTONISTA DIURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	90.992,00
MÉDICO GINECOLOGISTA / OBSTETRA - PLANTONISTA NOTURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	104.492,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		76	24						TOTAL DE SALÁRIOS >>> 394.995,53

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO						EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO CIRÚRGICO 3 SALAS CIRÚRGICAS E 3 LEITOS DE RPA									
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA DIURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	45.496,00
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA NOTURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	52.246,00
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRICO - PLANTONISTA DIURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	45.496,00
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRICO - PLANTONISTA NOTURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	52.246,00
ENFERMEIRO ROTINA	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53
ENFERMEIRO CC/CME- PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20
ENFERMEIRO CC/CME- PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.345,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	15.625,20
EQUIPE ASSISTENCIAL DA CME									
ENFERMEIRO ROTINA CME	40	0	0	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	0,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA CME DIURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.345,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA CME NOTURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	15.625,20
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	18	2	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		59	18					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	308.213,13

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO						EQUIPE DE NEONATOLOGIA			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO CIRÚRGICO 01 SALAS + RPA E CME									
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRA - PLANTONISTA DIURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	45.496,00
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRA - PLANTONISTA NOTURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	52.246,00
EQUIPE ASSISTENCIAL ALOJAMENTO CONJUNTO 10 LEITOS									
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRA ROTINA	30	3	1	11.250,00	324,20	0,00	3.375,00	0,00	44.847,60
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		13	3					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	142.589,60

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO						EQUIPE DE APOIO			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
SERVIÇO DE APOIO FARMÁCIA									
FARMACÊUTICO - ROTINA	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	14.097,60
FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL TÉCNICO	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	875,00	16.722,60
FARMACÊUTICO - PLANTONISTA DIURNO	40	3	1	2.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	8.472,60
FARMACÊUTICO - PLANTONISTA NOTURNO	40	3	1	2.500,00	324,20	0,00	0,00	500,00	9.972,60
EQUIPE DE APOIO NUTRIÇÃO									
NUTRICIONISTA PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	14.097,60
NUTRICIONISTA PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	875,00	16.722,60
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	2	2	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
TÉCNICO DE NUTRIÇÃO PLANTÃO DIURNO	40	4	2	2.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	11.296,80
TÉCNICO DE NUTRIÇÃO PLANTÃO NOTURNO	40	4	2	2.500,00	324,20	0,00	0,00	500,00	13.296,80
EQUIPE DE APOIO DIAGNÓSTICO RX									
TÉCNICO DE RAIOS PLANTONISTA DIURNO/NOTURNO	24	7	1	2.200,00	1.296,80	0,00	0,00	440,00	27.557,60
EQUIPE DE APOIO ASSISTENCIAL LABORATÓRIO									
TÉCNICO DE LABORATÓRIO PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.222,60
TÉCNICO DE LABORATÓRIO PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	550,00	10.872,60
COLETOR LABORATÓRIO PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.222,60
COLETOR LABORATÓRIO PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	550,00	10.872,60
TÉCNICO DE HEMOTERAPIA PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.222,60
TÉCNICO DE HEMOTERAPIA PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	2.750,00	324,20	0,00	0,00	550,00	10.872,60
EQUIPE NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO/DOCUMENTAÇÃO MÉDICA/ARQUIVO E FATURAMENTO									
ENFERMEIRO PLANTONISTA ROTINA	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
TEC ADMINISTRATIVO	30	2	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
TEC ADMINISTRATIVO NOTURNO	40	2	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	400,00	5.448,40
EQUIPE DE APOIO ADMINISTRATIVO									
TÉCNICO ADMINISTRATIVO DIURNO	24	2	2	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
TÉCNICO ADMINISTRATIVO NOTURNO	40	2	2	2.000,00	324,20	0,00	0,00	400,00	5.448,40
ASSISTENTE SOCIAL	30	1	1	5.833,33	324,20	0,00	0,00	0,00	6.157,53
PSICÓLOGO	30	1	1	5.833,33	324,20	0,00	0,00	0,00	6.157,53
JOVEM APRENDIZ	20	4	0	761,55	324,20	0,00	0,00	0,00	4.343,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		70	28					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	244.475,06

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO						EQUIPE VOLANTE DE IMAGEM			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
Médico Radiologista	12	7	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	43.219,40
Enfermeiro	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
Técnico de Enfermagem	30	3	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.672,60
Técnico de Raio X	12	7	1	2.200,00	1.296,80	880,00	0,00	0,00	30.637,60
							0,00	0,00	0,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		20	4				TOTAL DE SALÁRIOS >>>		90.982,20

6.5.3 MATERNIDADE LEILA DINIZ:

MATERNIDADE LEILA DINIZ						EQUIPE DE GESTÃO MACRO			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
EQUIPE DE GESTÃO MACRO HOSPITALAR									
DIRETOR MEDICO GERAL	40	1	1	26.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	26.324,20
COORDENADOR ENFERMAGEM RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	7.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	7.324,20
ADMINISTRATIVO RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	7.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	7.324,20
COORDENADOR DE PROCESSO	40	1	1	13.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.324,20
COORDENADOR ADMINISTRATIVO	40	1	1	13.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.324,20
EQUIPE DE GESTÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR									
MÉDICO COORDENADOR ANESTESIOLOGISTA	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20
MÉDICO COORDENADOR OBSTETRA	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20
MÉDICO COORDENADOR HEMOTERAPEUTA RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20
MÉDICO COORDENADOR ALOJAMENTO CONJUNTO/ADMISSÃO	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20
FARMACÉUTICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	1	6.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.324,20
MÉDICO COORDENADOR REPRESENTANTE TÉCNICO CC/CO	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20
COORDENADOR ENFERMAGEM CC REPRESENTANTE TÉCNICO CC/CO	40	1	1	6.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.324,20
COORDENADOR ENFERMAGEM ALOJAMENTO CONJUNTO/ACOLHED	40	1	1	6.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.324,20
MÉDICO COORDENADOR RESPONSÁVEL TÉCNICO UTI NEO	40	1	1	15.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	15.324,20
ENFERMEIRO COORDENADOR RESPONSÁVEL TÉCNICO UTI NEO	40	1	1	6.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.324,20
APOIO A GESTÃO HOSPITALAR									
MÉDICO INFECTOLOGISTA	24	1	1	9.000,00	324,20	0,00	2.700,00	0,00	12.024,20
ENFERMEIRO EPIDEMIOLOGISTA	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53
ENFERMEIRO CCIH	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53
ENFERMEIRO SUPERVISOR DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
ENFERMEIRO SUPERVISOR NOTURNO	40	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		24	20				TOTAL DE SALÁRIOS >>>		228.763,46

MATERNIDADE LEILA DINIZ						EQUIPE DE OBSTETRÍCIA			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO OBSTETRICO 7 LEITOS PPP									
MÉDICO GINECOLOGISTA/ OBSTETRA - PLANTONISTA DIURNO	18	20	4	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	181.984,00
MÉDICO GINECOLOGISTA/ OBSTETRA - PLANTONISTA NOTURNO	18	20	4	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	208.984,00
ENFERMEIRO ROTINA	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53
ENFERMEIRO - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20
ENFERMEIRO - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20
ENFERMEIRO OBSTETRA - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20
ENFERMEIRO OBSTETRA - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	15	5	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	33.363,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	15	5	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	39.063,00
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	2	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
EQUIPE SALA DE ADMISSÃO + 02 SALAS DE ATENDIMENTO (MEDICAÇÃO)									
ENFERMEIRO - PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
ENFERMEIRO - PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.345,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	15.625,20
MÉDICO GINECOLOGISTA OBSTETRA - PLANTONISTA DIURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	45.496,00
MÉDICO GINECOLOGISTA OBSTETRA - PLANTONISTA NOTURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	52.246,00
EQUIPE ASSISTENCIAL ACOGLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 02 CONSULTÓRIO									
ENFERMEIRO - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20
ENFERMEIRO - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.672,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	7.812,60
EQUIPE ASSISTENCIAL ALOJAMENTO CONJUNTO 80 LEITOS									
MÉDICO GINECOLOGISTA/ OBSTETRA ROTINA	30	8	4	11.250,00	324,20	0,00	3.375,00	0,00	119.593,60
MÉDICO CLÍNICO ROTINA	30	6	2	11.250,00	324,20	0,00	3.375,00	0,00	89.695,20
ENFERMEIRO - ROTINA	40	4	4	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	18.150,12
ENFERMEIRO PLANTONISTA - PLANTONISTA DIURNO	30	12	4	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	41.810,40
ENFERMEIRO PLANTONISTA - PLANTONISTA NOTURNO	30	12	4	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	49.394,40
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	33	11	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	73.398,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	33	11	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	85.938,60
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	4	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.296,80
EQUIPE ASSISTENCIAL HOSPITAL DIA 04 LEITOS									
MÉDICO GINECOLOGISTA / OBSTETRA	12	7	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	43.219,40
ENFERMEIRO DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM DIURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.345,20
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		271	87				TOTAL DE SALÁRIOS >>>		1.327.680,85

MATERNIDADE LEILA DINIZ						EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
SERVIÇO ANESTESIOLOGIA- EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO CIRURGICO 03 SALAS CIRURGICA E 3 LEITOS DE RPA									
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA DIURNO	18	10	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	90.992,00
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA NOTURNO	18	10	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	104.492,00
ENFERMEIRO ROTINA	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53
ENFERMEIRO CC/CME- PLANTONISTA DIURNO	30	6	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20
ENFERMEIRO CC/CME- PLANTONISTA NOTURNO	30	6	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA DIURNO	30	12	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	26.690,40
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PLANTONISTA NOTURNO	30	12	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	31.250,40
EQUIPE ASSISTENCIAL DA CME									
ENFERMEIRO PLANTONISTA CME DIURNO	30	3	0	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
ENFERMEIRO PLANTONISTA CME NOTURNO	30	3	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME DIURNO	30	12	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	26.690,40
TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME NOTURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	15.625,20
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	2	2	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
SERVIÇO ANESTESIOLOGIA- EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO OBSTETRICO 7 LEITOS									
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA DIURNO	18	5	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	45.496,00
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA - PLANTONISTA NOTURNO	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	52.246,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		93	20				TOTAL DE SALÁRIOS >>>		471.071,93

MATERNIDADE LEILA DINIZ						EQUIPE DE NEONATOLOGIA			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
EQUIPE ASSISTENCIAL UNIDADE NEONATAL - 10 LEITOS									
MÉDICO INTENSIVISTA NEONATOLOGISTA/PEDIATRICO ROTINA	18	4	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	36.396,80
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRICO INTENSIVISTA PLANTONISTA DIURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	90.992,00
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRICO INTENSIVISTA PLANTONISTA NOTURNO	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	104.492,00
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA INTENSIVISTA PLANTONISTA ROTINA	40	1	1	4.213,33	324,20	0,00	0,00	0,00	4.537,53
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA INTENSIVISTA PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	20.905,20
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA INTENSIVISTA PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	24.697,20
TÉCNICO DE ENFERMAGEM ROTINA	40	1	1	2.533,33	324,20	0,00	0,00	0,00	2.857,53
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA DIURNO	30	24	8	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	53.380,80
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA NOTURNO	30	24	8	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	62.500,80
FISIOTERAPEUTA ROTINA	30	2	2	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.398,40
FISIOTERAPEUTA PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	28.195,20
FISIOTERAPEUTA PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	4.375,00	324,20	0,00	0,00	875,00	33.445,20
FONOAUDIÓLOGO PLANTONISTA DIURNO	24	1	1	3.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	3.824,20
SERVIÇO NEONATOLOGISTA - EQUIPE ASSISTENCIAL CENTRO CIRÚRGICO 03 SALAS CIRÚRGICAS									
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRA ROTINA	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	90.992,00
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRA ROTINA	18	10	2	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	104.492,00
EQUIPE ASSISTENCIAL ALOJAMENTO CONJUNTO 10 LEITOS									
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRA ROTINA	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	0,00	45.496,00
MÉDICO NEONATOLOGISTA/PEDIATRA ROTINA	18	5	1	6.750,00	324,20	0,00	2.025,00	1.350,00	52.246,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		131	41					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	768.848,86

MATERNIDADE LEILA DINIZ						EQUIPE DE AMBULATÓRIO			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
EQUIPE ASSISTENCIAL PRE-NATAL 7 CONSULTÓRIOS									
MÉDICO GINECOLOGISTA/ OBSTETRA	12	20	4	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	123.484,00
MÉDICO CLÍNICO	12	2	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	12.348,40
MÉDICO RADIOLOGISTA	12	1	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	6.174,20
MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA	12	1	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	6.174,20
ENFERMEIRO - ROTINA	30	1	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	3.484,20
ENFERMEIRO DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ROTINA	40	1	1	2.533,33	324,20	0,00	0,00	0,00	2.857,53
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - DIURNO	30	3	1	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	6.672,60
TEC ADMINISTRATIVO	40	2	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
EQUIPE ASSISTENCIAL NAIRR									
MÉDICO NEUROLOGISTA PEDIATRA	24	1	2	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	6.174,20
MÉDICO PEDIATRA NAIRR	40	5	2	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	30.871,00
FONOAUDIÓLOGISTA	40	1	2	3.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	3.824,20
FISIOTERAPEUTA PLANTÃO DIURNO	30	3	1	3.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	11.472,60
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ROTINA	30	2	1	2.533,33	324,20	0,00	0,00	0,00	5.715,06
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		46	20					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	234.353,19

MATERNIDADE LEILA DINIZ						EQUIPE DE APOIO			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
SERVIÇO DE APOIO FARMÁCIA									
FARMACÊUTICO - PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	14.097,60
FARMACÊUTICO - PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	4.375,00	324,20	0,00	0,00	0,00	16.722,60
TÉCNICO DE FARMÁCIA - PLANTONISTA DIURNO	40	6	2	2.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	16.945,20
TÉCNICO DE FARMÁCIA - PLANTONISTA NOTURNO	40	6	2	2.500,00	324,20	0,00	0,00	500,00	19.945,20
EQUIPE DE APOIO NUTRIÇÃO									
TÉCNICO DE NUTRIÇÃO PLANTÃO DIURNO	40	4	2	2.500,00	324,20	0,00	0,00	0,00	11.296,80
TÉCNICO DE NUTRIÇÃO PLANTÃO NOTURNO	40	4	2	2.500,00	324,20	0,00	0,00	500,00	13.296,80
EQUIPE DE APOIO ASSISTENCIAL LABORATÓRIO									
COLETOR LABORATÓRIO - PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	0,00	13.345,20
COLETOR LABORATÓRIO - PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	1.900,00	324,20	0,00	0,00	380,00	15.625,20
TÉCNICO DE HEMOTERAPIA PLANTONISTA DIURNO	30	6	2	2.750,00	324,20	0,00	0,00	0,00	18.445,20
TÉCNICO DE HEMOTERAPIA PLANTONISTA NOTURNO	30	6	2	2.750,00	324,20	0,00	0,00	550,00	21.745,20
EQUIPE DE APOIO DIAGNÓSTICO MÉDICO									
MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA OBSTETRICO COM DUPPLER	12	7	1	4.500,00	324,20	0,00	1.350,00	0,00	43.219,40
EQUIPE DE APOIO ADMINISTRATIVO									
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	40	2	1	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	4.648,40
EQUIPE NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO/DOCUMENTAÇÃO MEDICA E ARQUIVO									
ENFERMEIRO PLANTONISTA DIURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	0,00	10.452,60
ENFERMEIRO PLANTONISTA NOTURNO	30	3	1	3.160,00	324,20	0,00	0,00	632,00	12.348,60
TÉC ADMINISTRATIVO	40	4	2	2.000,00	324,20	0,00	0,00	0,00	9.296,80
TÉC ADMINISTRATIVO NOTURNO	40	4	2	2.000,00	324,20	0,00	0,00	400,00	10.896,80
JOVEM APRENDIZ	20	5	0	761,55	324,20	0,00	0,00	0,00	5.428,75
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		78	26					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	257.756,35

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING						CUSTEIO DE PESSOAL - APOIO À GESTÃO DA OSC (a.1)			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
ANALISTA JR	40	1	0	6.182,86	0,00	0,00	0,00	0,00	6.182,86
ASSISTENTES JR I	40	2	0	3.482,74	0,00	0,00	0,00	0,00	6.965,48
ASSISTENTES PL II	40	2	0	4.500,37	0,00	0,00	0,00	0,00	9.000,74
AUXILIAR SR II	40	2	0	3.049,80	0,00	0,00	0,00	0,00	6.099,60
COORDENADOR SR VI 14715,10	40	1	0	13.626,46	0,00	0,00	0,00	0,00	13.626,46
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	0	8.347,50	0,00	0,00	0,00	0,00	8.347,50
ESPECIALISTA PL I	40	1	0	9.312,70	0,00	0,00	0,00	0,00	9.312,70
ESPECIALISTA SR	40	2	0	12.312,50	0,00	0,00	0,00	0,00	24.625,00
ESPECIALISTA JR I	40	1	0	8.772,98	0,00	0,00	0,00	0,00	8.772,98
MOTORISTA PLENO V	40	1	0	3.274,40	0,00	0,00	0,00	0,00	3.274,40
RECEPCIONISTAS II	40	1	0	2.606,83	0,00	0,00	0,00	0,00	2.606,83
JOVEM APRENDIZ	20	3	0	761,55	0,00	0,00	0,00	0,00	2.284,65
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		18	0					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	101.099,20

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO						CUSTEIO DE PESSOAL - APOIO À GESTÃO DA OSC (a.1)			
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPONS. TÍC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
ASSISTENTE JUNIOR II	40	1	0	3.622,05	0,00	0,00	0,00	0,00	3.622,05
AUXILIAR OPERACIONAL E ADM JR III	40	1	0	2.609,54	0,00	0,00	0,00	0,00	2.609,54
AUXILIARES JR VI	40	2	0	2.481,75	0,00	0,00	0,00	0,00	4.963,50
ESPECIALISTA PL I	40	1	0	9.312,70	0,00	0,00	0,00	0,00	9.312,70
RECEPCIONISTAS II	40	1	0	2.606,83	0,00	0,00	0,00	0,00	2.606,83
SUPERVISOR SR V	40	1	0	11.477,86	0,00	0,00	0,00	0,00	11.477,86
JOVEM APRENDIZ	20	3	0	761,55	0,00	0,00	0,00	0,00	2.284,65
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		10	0					TOTAL DE SALÁRIOS >>>	36.877,13

MATERNIDADE LEILA DINIZ CUSTEIO DE PESSOAL - APOIO À GESTÃO DA OSC (a.1)									
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPON. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
ASSISTENTE JUNIOR II	40	2	0	3.622,05	0,00	0,00	0,00	0,00	7.244,10
AUXILIAR OPERACIONAL E ADM JR III	40	2	0	2.609,54	0,00	0,00	0,00	0,00	5.219,08
AUXILIARES JR VI	40	4	0	2.481,75	0,00	0,00	0,00	0,00	9.927,00
COORDENADOR PL II	40	2	0	12.731,77	0,00	0,00	0,00	0,00	25.463,54
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO	40	1	0	8.347,50	0,00	0,00	0,00	0,00	8.347,50
ESPECIALISTA PL I	40	1	0	9.312,70	0,00	0,00	0,00	0,00	9.312,70
GERENTE PL	40	1	0	24.738,71	0,00	0,00	0,00	0,00	24.738,71
RECEPCIONISTAS II	40	2	0	2.606,83	0,00	0,00	0,00	0,00	5.213,66
SUPERVISOR SR V	40	1	0	11.477,86	0,00	0,00	0,00	0,00	11.477,86
JOVEM APRENDIZ	20	3	0	761,55	0,00	0,00	0,00	0,00	2.284,65
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		19	0						109.228,80

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING CUSTEIO DE PESSOAL - APOIO À GESTÃO DA UNIDADE (a.2)									
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPON. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
ESPECIALISTA SR	40	1	0	10.389,88	0,00	0,00	0,00	0,00	10.389,88
ANALISTA JR	40	2	0	6.474,52	0,00	0,00	0,00	0,00	12.949,04
ASSISTENTE TÉCNICO JR I	40	2	0	3.482,74	0,00	0,00	0,00	0,00	6.965,48
ASSISTENTE TÉCNICO PL II	40	1	0	4.500,37	0,00	0,00	0,00	0,00	4.500,37
ASSISTENTE JR V	40	1	0	4.074,31	0,00	0,00	0,00	0,00	4.074,31
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		7	0						38.879,08

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO CUSTEIO DE PESSOAL - APOIO À GESTÃO DA UNIDADE (a.2)									
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPON. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
ANALISTA JR	40	1	0	6.474,52	0,00	0,00	0,00	0,00	6.474,52
ASSISTENTE TÉCNICO JR I	40	1	0	3.482,74	0,00	0,00	0,00	0,00	3.482,74
ASSISTENTE TÉCNICO JR III	40	1	0	3.766,93	0,00	0,00	0,00	0,00	3.766,93
AUXILIAR SR V	40	1	0	3.236,47	0,00	0,00	0,00	0,00	3.236,47
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		4	0						16.960,66

MATERNIDADE LEILA DINIZ CUSTEIO DE PESSOAL - APOIO À GESTÃO DA UNIDADE (a.2)									
CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	QUANT.	QUANT. POR 12H	SALÁRIO (BASE)	INSALUBRIDADE	GRATIFICAÇÃO RESPON. TÊC. / CHEFIA / DISTÂNCIA	TITULAÇÃO	ADICIONAL NOTURNO	REMUNERAÇÃO BRUTA
ESPECIALISTA SR	40	1	0	10.389,88	0,00	0,00	0,00	0,00	10.389,88
ANALISTA JR	40	2	0	6.474,52	0,00	0,00	0,00	0,00	12.949,04
ASSISTENTE TÉCNICO JR I	40	2	0	3.482,74	0,00	0,00	0,00	0,00	6.965,48
ASSISTENTE TÉCNICO PL II	40	2	0	4.500,37	0,00	0,00	0,00	0,00	9.000,74
AUXILIAR PL I	40	1	0	2.506,57	0,00	0,00	0,00	0,00	2.506,57
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL FUNCIONÁRIOS >>>		8	0						41.811,71

Observações:

O dimensionamento de RH e respectivos valores acima deverão ser adotados como parâmetros mínimos a serem apresentados nas Propostas Técnicas das proponentes, sob pena de desclassificação.

6.6 Equipe volante de Ultrassonografia e Ecocardiograma

Será disponibilizado pelos Hospitais Maternidades uma equipe de USG volante para realização de USG obstétrico com doppler, USG neonatal e Ecocardiograma Fetal e Neonatal nas Maternidades de administração municipal direta, objetivando atender as demandas da rede.

A ultrassonografia obstétrica com doppler é um exame fundamental para acompanhamento de gestantes de alto risco, pois permite a avaliação detalhada do crescimento fetal, da vitalidade, da circulação placentária e fetal, bem como a identificação precoce de malformações cardíacas. O Doppler obstétrico é especialmente indicado em casos de restrição de crescimento intrauterino, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, gestação gemelar, doenças autoimunes e insuficiência placentária, por exemplo.

Assim, a oferta regular de ultrassonografia obstétrica com doppler está diretamente relacionada à qualidade do cuidado no pré-natal de alto risco. Atualmente o exame não é ofertado no sistema de regulação municipal, apenas a ultrassonografia obstétrica.

Já as ultrassonografias neonatais representam uma ferramenta essencial para o cuidado integral ao recém-nascido, permitindo a detecção precoce de alterações estruturais e funcionais que podem impactar o desenvolvimento infantil.

De acordo com as boas práticas assistenciais do Ministério da Saúde, o uso oportuno da ultrassonografia, especialmente nos primeiros dias de vida, contribui para o diagnóstico precoce de anomalias neurológicas, cardíacas, abdominais e renais, possibilitando intervenções precoces e melhor prognóstico clínico. A realização dos exames deve estar integrada às rotinas da unidade neonatal, com protocolos definidos, equipe capacitada e fluxos articulados com os serviços de referência, assegurando continuidade do cuidado, segurança diagnóstica e vigilância longitudinal da saúde neonatal.

O ecocardiograma fetal e neonatal é um exame fundamental no conjunto das estratégias de diagnóstico precoce e cuidado integral ao binômio mãe-bebê, pois permite a avaliação detalhada da estrutura e da função cardíaca ainda durante a gestação e nas primeiras horas ou dias de vida. No período fetal, o exame viabiliza a identificação intra uterina de cardiopatias congênitas, possibilitando o planejamento antecipado do parto em centros de referência, o preparo da equipe multiprofissional e o início oportuno do

tratamento pós-natal. Já o ecocardiograma neonatal tem papel decisivo na confirmação diagnóstica, no monitoramento de repercussões hemodinâmicas e na definição da conduta terapêutica imediata, reduzindo complicações e mortalidade perinatal. Alinhado às boas práticas do Ministério da Saúde, o uso rotineiro e regulado desses exames em maternidades assegura cuidado seguro, resolutivo e humanizado, fortalecendo a Rede Alyne e garantindo à criança o direito ao nascimento e ao desenvolvimento saudável.

6.7. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Os exames previstos na tabela SUS e necessários ao longo das internações deverão ser disponibilizados pela unidade. O serviço apoio de diagnóstico e terapêutico - SADT - previsto deve atender às necessidades das Maternidades dentro da transversalidade da assistência obstétrica, ginecológica e neonatal da rede, os exames componentes do SADT que tenham portabilidade poderão, a critério técnico da SUBHUE em conjunto com a Central de Regulação, atender a outras unidades da rede.

Serviço	Atividade
Laboratório de análises clínicas	Ativo nas 24h
Agência transfusional	Ativa nas 24h
Eletrocardiograma	Ativa nas 12h
Raio-X de tórax	Ativa nas 24h

6.8. INTERNAÇÃO

Para a organização das ações assistenciais durante a internação foram definidas as seguintes estratégias e atividades básicas:

A entidade parceira deverá fornecer equipe de reguladores, que atuará junto a Central de Regulação de Leitos e ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) para intermediar a avaliação e internação do paciente, encaminhamento aos serviços de SADT, radiologia, ultrassonografia, ecocardiografia, nutrição e farmácia.

A equipe do Núcleo Interno de Regulação será responsável por toda a organização da documentação inerente à internação, tais como: preenchimento de documentos, fornecimento de laudos, autorização de internação hospitalar e outros.

Os Hospitais Maternidades atenderão nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, conforme regras específicas previstas neste Plano de Trabalho.

6.9. DAS OBRIGAÇÕES ADMINISTRATIVAS

No âmbito da presente parceria, a Organização da Sociedade Civil parceira responsabilizar-se-á, integralmente, por:

- Administrar e operar as atividades a serem desenvolvidas segundo o plano de trabalho, dentro das diretrizes definidas pela Secretaria Municipal de Saúde SMS-Rio, com atendimento aos usuários do SUS, de forma gratuita, no estabelecimento de saúde cujo uso lhe foi permitido, vedado prestação de serviço à entidade de saúde suplementar.
- Encargos de natureza trabalhista e previdenciária, referente aos recursos humanos utilizados na execução do objeto deste Plano de Trabalho, decorrendo do ajuizamento de eventuais demandas judiciais, bem como por todos os ônus tributários e extraordinários que incidam sobre o presente instrumento, ressalvados aqueles de natureza compulsória, lançados automaticamente pela rede bancária arrecadadora;
- Indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, ao órgão do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de cessão 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.
- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe for cedido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão de uso, até sua restituição ao Poder Público.
- Gestão de insumos consumíveis e retornáveis, material permanente e estrutura física da unidade, sendo responsável pela reposição ou manutenção no caso de dano por mau uso, perda ou extravio;
- Ao final da Parceria, a contratada deverá restituir a Secretaria Municipal de Saúde todos os bens móveis e imóveis que lhe foram destinados ou adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS em virtude do presente contrato em boas condições de uso, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural.

- Garantir em exercício na Unidade quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis ao porte da Unidade e Serviços previstos, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, tendo definida como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas dia, por plantões, a presença de pelo menos um profissional da medicina que responderá legalmente pela atenção oferecida à clientela (o ato médico);
- Dar continuidade e implantar e melhorar continuamente os protocolos clínicos e administrativos em todos os departamentos visando a otimização da gestão orientada pela organização da sociedade civil.
- Processo de administração do objeto da parceria, envolvendo contratação e gestão do pessoal necessário à operação da Unidade;
- Utilizar a logomarca da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal de Saúde e do SUS, em todos os documentos emitidos pelo Executor contratado.
- Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto se aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde;
- Manter sempre atualizado prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelos prazos previstos em lei;
- Manter o padrão de qualidade de atendimento dentro das exigências contratuais, que serão baseadas nas diretrizes constantes desta parceria e as características de atividade assistenciais, do presente Plano de Trabalho;
- Disponibilizar relatórios gerenciais com as informações solicitadas na periodicidade constante no presente Plano Trabalho aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde - Rio utilizando, quando couber, modelos disponibilizados pela Organização da Sociedade Civil;
- Submeter à Secretaria Municipal de Saúde – SMS-Rio quaisquer projetos que envolvam alterações no layout da unidade;
- Utilizar uniforme e crachás padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS-Rio para todos os funcionários;

- Os bens deverão ser recebidos por um preposto designado pela organização contratada e serem devidamente inventariados quando da assinatura do contrato, mediante assinatura de Termo de Cessão de Uso, e de forma idêntica deverão ser devolvidos na oportunidade do seu encerramento, por qualquer motivo, inclusive aqueles incorporados posteriormente no transcorrer do contrato;
- Gerenciar de forma responsável, obedecendo às melhores práticas assistenciais e de logística, todos os insumos consumíveis e retornáveis, material permanente e estrutura física da unidade, sendo responsável pela reposição ou manutenção no caso de dano por mau uso, perda ou extravio.

Forma de Implantação

Etapas de Implantação

Etapa	Descrição	Período
Diagnóstico das Necessidades	Levantamento das necessidades de formação dos colaboradores.	Mês 1-2
Planejamento	Elaboração do Plano Anual de Educação Continuada.	Mês 2-3
Formação da Equipe	Capacitação da equipe do NEP.	Mês 3-4
Infraestrutura	Preparação da infraestrutura necessária (salas de treinamentos, recursos audiovisuais, material didático).	Mês 4-5
Parcerias	Estabelecimento de parcerias com instituições de ensino e profissionais externos.	Mês 6-7

•

Cronograma de Execução do Programa de Educação Permanente

Item	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês	Mês
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Levantamento de necessidades de treinamento por LNT	X	X										
Definição dos treinamentos a serem realizados		X	X									
Realização de 3 a 4 treinamentos/mês			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com os gestores das áreas			X									
Preparação do material a ser utilizado				X	X							

Busca de salas para realização				X	X							
Busca de equipamentos para realização sempre que necessário					X	X						
Treinamento para equipe						X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento dos indicadores de desempenho							X	X	X	X	X	X

Legenda: X: Indica o período de execução de cada atividade.

Metodologia

Levantamento de Necessidades de Treinamento:

- **Identificação das Competências Necessárias:** Definir competências e habilidades necessárias para o desempenho eficaz das funções de cada setor.
- **Análise de Desempenho:** Avaliar o desempenho atual dos colaboradores para identificar lacunas de competências.
- **Coleta de Dados:** Reunir informações detalhadas sobre as necessidades de treinamento de cada setor.
- **Análise de Indicadores de Qualidade:** Utilizar dados de indicadores de qualidade para identificar áreas críticas que requerem treinamento.
- **Priorização das Necessidades:** Determinar quais necessidades de treinamento são mais urgentes e relevantes para o hospital.
- **Desenvolvimento do Plano de Treinamento:** Elaborar um plano de treinamento detalhado para atender às necessidades identificadas.
- **Implementação e Avaliação:** Executar os programas de treinamento e avaliar sua eficácia de acordo com os temas programados dentro do programa.



6. PLANO DE IMPLANTAÇÃO DE 60 DIAS PARA A GESTÃO DO IGEDES NO HOSPITAL MUNICIPAL ALEXANDER FLEMING, HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO E MATERNIDADE LEILA DINIZ

1. Introdução e Objetivos

O presente Plano de Implantação estabelece a estratégia para o início, a transição e a consolidação da gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Municipal Alexander Fleming (HMAF), no Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP) e na Maternidade Leila Diniz (HMLD), no âmbito do Termo de Colaboração a ser firmado com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), conforme o Edital de Chamamento Público e o Plano de Trabalho aprovado.

A implantação foi estruturada considerando o perfil assistencial das unidades, integrantes da Rede de Atenção Materno-Infantil do município, com atuação contínua na atenção obstétrica, ginecológica e neonatal, incluindo atendimento de urgência e emergência obstétrica, assistência ao parto e nascimento, internação obstétrica, atenção ao recém-nascido de risco e suporte diagnóstico e terapêutico, em regime de funcionamento ininterrupto.

O processo de implantação fundamenta-se na Lei Federal nº 13.019/2014 (Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC), no Decreto Municipal nº 42.696/2016, bem como nas demais normas aplicáveis à celebração e execução de Termos de Colaboração no âmbito do Município do Rio de Janeiro, observando integralmente a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde e as políticas nacionais e municipais de atenção integral à saúde da mulher e da criança, em especial o Programa Cegonha Carioca.

No âmbito deste Plano de Implantação, o IGEDES compromete-se a:

- Assumir integralmente, desde o início da vigência do Termo de Colaboração, a gestão e a execução dos serviços assistenciais, administrativos e operacionais das unidades objeto da parceria;
- Garantir uma transição assistencial segura, contínua e sem descontinuidade dos serviços, preservando a oferta de atendimentos, a manutenção de leitos, a realização de partos, internações e cuidados neonatais;



- Implementar, desde a fase inicial, mecanismos estruturados de segurança do paciente, humanização do cuidado, acolhimento qualificado, classificação de risco e aderência aos protocolos assistenciais vigentes;
- Organizar e estabilizar fluxos assistenciais, operacionais e administrativos compatíveis com o perfil e a complexidade das unidades;
- Estruturar modelo de governança, monitoramento e avaliação, com definição clara de responsabilidades, indicadores assistenciais e instrumentos de acompanhamento;
- Assegurar plena conformidade com as diretrizes do Edital, do Termo de Colaboração, do Plano de Trabalho e das normativas da Secretaria Municipal de Saúde.

O Plano de Implantação foi concebido para que, ao final de 60 (sessenta) dias, a gestão esteja plenamente consolidada, com equipes dimensionadas e capacitadas, fluxos assistenciais estabilizados, sistemas de informação operantes, indicadores monitorados rotineiramente e mecanismos de governança, qualidade, transparência e controle institucional plenamente implementados.

2. Princípios Norteadores da Implantação Imediata

A execução do Plano de Implantação será orientada por princípios que norteiam tanto a fase de transição quanto a consolidação da operação plena, assegurando a continuidade, a segurança e a qualidade da atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, considerando a complexidade assistencial das unidades objeto da parceria.

- **Continuidade Assistencial Ininterrupta**

Assegurar a manutenção integral e ininterrupta dos serviços essenciais, incluindo partos, atendimentos de urgência e emergência obstétrica, internações, cirurgias ginecológicas, assistência ao abortamento previsto em lei, alojamento conjunto, cuidado neonatal e atenção ao recém-nascido de risco. Desde o primeiro dia de vigência, estarão garantidas as escalas assistenciais, o abastecimento de insumos críticos — incluindo medicamentos, hemocomponentes e materiais para salas de parto, unidades de terapia intensiva neonatal — bem como o funcionamento regular dos fluxos de referência e contrarreferência.

- **Gestão de Riscos Proativa com Foco Materno-Infantil**

Antecipar, monitorar e mitigar riscos assistenciais e operacionais inerentes ao cenário obstétrico e neonatal, tais como superlotação de salas de parto, desabastecimento de



insumos críticos, limitações de leitos neonatais, falhas na cadeia de frio e fragilidades de comunicação entre os pontos da rede. Serão estruturados planos de contingência específicos para situações de alto fluxo assistencial, emergências obstétricas, indisponibilidade de leitos, eventos sentinela materno-infantis e intercorrências nos sistemas de tecnologia da informação.

- **Comunicação Integrada, Transparente e Humanizada**

Manter comunicação contínua e estruturada com a Secretaria Municipal de Saúde, com as direções das unidades, com as equipes assistenciais e administrativas, bem como com as usuárias e seus acompanhantes. A comunicação institucional observará princípios de clareza, acolhimento, respeito e transparência, especialmente em situações sensíveis relacionadas à violência sexual, abortamento previsto em lei, intercorrências obstétricas, perdas gestacionais e luto perinatal.

- **Conformidade Legal, Normativa e Ética**

Assegurar integral aderência ao Edital, ao Termo de Colaboração e a seus anexos, bem como à legislação federal, estadual e municipal aplicável, às normas sanitárias da ANVISA, às diretrizes da Política Nacional de Humanização, à Rede Cegonha, à legislação de proteção de dados pessoais (LGPD) e às normativas específicas relativas à saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva, direitos da criança e do adolescente e ética assistencial.

- **Eficiência Operacional e Gestão Orientada a Resultados**

Estruturar processos assistenciais e administrativos eficientes desde a fase inicial, com definição clara de responsabilidades, padronização de fluxos, monitoramento de indicadores e adoção de práticas de gestão orientadas à melhoria contínua, visando à redução de tempos de espera, à qualificação dos fluxos de internação e alta e ao uso racional dos recursos disponíveis.

- **Qualidade Assistencial e Segurança da Mulher e do Recém-Nascido como Eixos Estruturantes**

Reconhecendo o caráter crítico da atenção obstétrica e neonatal, o Plano de Implantação priorizará a segurança da paciente e do recém-nascido como eixo central da operação, mediante adoção de protocolos clínicos baseados em evidências, fortalecimento da cultura de segurança, estímulo à notificação e análise de incidentes e integração efetiva com os núcleos e comissões institucionais previstos, incluindo o Núcleo de Segurança do Paciente, o NAIRR e as comissões de revisão de óbitos maternos e neonatais.



3. Base Legal e Normativa

Cada fase da implantação e a operação subsequente do IGEDES estarão ancoradas em marcos legais, normativos e técnicos sólidos, abrangendo tanto a regulação de parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSCs) quanto as políticas setoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), com especial ênfase na atenção integral à saúde da mulher e da criança. A execução do Termo de Colaboração observará, de forma integrada, os seguintes dispositivos:

• Marco Regulatório de Parcerias com OSCs

- o **Lei Federal nº 13.019/2014** – Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC);
- o **Decreto Municipal nº 42.696/2016** – regulamenta a Lei nº 13.019/2014 no âmbito do Município do Rio de Janeiro;
- o **Lei Federal nº 9.637/1998** – dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e disciplina sua relação com a Administração Pública;
- o **Lei Municipal nº 5.026/2009** – estabelece regras locais para a contratualização de Organizações Sociais no Município do Rio de Janeiro;
- o **Lei Federal nº 8.666/1993** e **Lei Federal nº 14.133/2021** – aplicáveis de forma subsidiária, no que couber, aos procedimentos de seleção da OSC e aos contratos acessórios decorrentes da parceria.

• Normas Orçamentárias, Contábeis, de Controle e Transparência

- o **Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro** (Lei Municipal nº 207/1980 e Lei Complementar nº 01/1990);
- o **Regulamento Geral do CAF** – Decreto Municipal nº 3.221/1981;
- o **Decreto Rio nº 50.033/2021** – dispõe sobre limites, parâmetros e diretrizes para parcerias com Organizações da Sociedade Civil;
- o **Resolução CGM nº 1.285/2017** e demais normativos da Controladoria Geral do Município;
- o **Instruções Normativas da CODESP**, bem como normativos específicos relativos ao OSINFO, à transparência ativa, ao monitoramento, à prestação de contas e à fiscalização das parcerias.

• Normas e Políticas Setoriais do Sistema Único de Saúde (SUS)



- o **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;**
- o **Rede Cegonha**, no âmbito nacional, e **Programa Cegonha Carioca**, no âmbito municipal;
- o **Diretrizes nacionais para a atenção ao parto normal e ao parto cesáreo**, atenção ao recém-nascido de risco, funcionamento de banco de leite humano e promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
- o **Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)**, incluindo o documento "Humanização do parto e nascimento";
- o **Protocolos clínicos, manuais técnicos e notas técnicas do Ministério da Saúde, da ANVISA e das sociedades científicas** aplicáveis à obstetrícia, ginecologia, neonatologia.

- **Normas de Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos**

- o **Resolução RDC nº 36/2013 – ANVISA**, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;
- o **Norma ISO 9001:2015** – Sistemas de Gestão da Qualidade, como referência para padronização de processos, gestão por indicadores e melhoria contínua;
- o **Norma ISO 31000:2018** – Gestão de Riscos, como diretriz para identificação, análise, tratamento e monitoramento de riscos assistenciais, operacionais e institucionais;
- o **Norma ISO 45001:2018** – Saúde e Segurança Ocupacional, aplicada à proteção dos trabalhadores da saúde e à prevenção de acidentes e agravos relacionados ao trabalho.

- **Proteção de Dados, Direitos e Garantias Fundamentais**

- o **Lei Federal nº 13.709/2018** – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD);
- o **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069/1990)**;
- o **Normativas federais e municipais relativas aos direitos sexuais e reprodutivos**, ao atendimento ao abortamento previsto em lei e ao cuidado integral às vítimas de violência sexual.

4. Diretrizes Complementares do TCM-RJ e da SMS-RJ

O IGEDES incorporará, desde a fase inicial de implantação e ao longo de toda a execução do Termo de Colaboração, as diretrizes de governança, transparência, controle e responsabilização recomendadas pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCM-RJ) e pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), assegurando elevada rastreabilidade dos atos de gestão, conformidade regulatória e fortalecimento da participação social.



• **Prestação de Contas Mensal Detalhada**

Apresentação mensal, por meio do sistema OSINFO e demais instrumentos definidos pela SMS-RJ, da totalidade das receitas e despesas vinculadas ao Termo de Colaboração, com segregação por unidade hospitalar, possibilitando à SMS-RJ e ao TCM-RJ a visualização detalhada, tempestiva e auditável da aplicação dos recursos públicos destinados à atenção materno-infantil.

• **Transparência Ativa e Publicização de Resultados**

Disponibilização, em portal institucional próprio do IGEDES e, quando requerido, nos canais oficiais da SMS-RJ, das informações relativas ao Termo de Colaboração, incluindo:

- Relatórios de execução física e financeira;
- Metas pactuadas e grau de cumprimento;
- Principais indicadores assistenciais e de qualidade, tais como taxas de partos normais e cesáreos, mortalidade materna, mortalidade neonatal, aleitamento materno na primeira hora de vida, entre outros definidos no Plano de Trabalho.

Essa estratégia assegura o controle social, a transparência ativa e o acesso público às informações de interesse coletivo.

• **Capacitação Contínua em Governança, Compliance e Gestão de Riscos**

Implementação de programa permanente de capacitação voltado às lideranças e gestores do IGEDES atuantes nas unidades, contemplando, entre outros temas:

- Integridade institucional e ética na gestão pública;
- Compliance e prevenção de irregularidades;
- Gestão de riscos assistenciais, operacionais e institucionais;
- Prevenção de fraudes e conflitos de interesse;
- Fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

O programa será alinhado às diretrizes da SMS-RJ, às recomendações do TCM-RJ e às boas práticas de governança aplicáveis à gestão de serviços públicos de saúde.

• **Plano de Mobilização e Participação Social**

Desenvolvimento e execução de plano estruturado de mobilização e participação social, com o objetivo de fortalecer o diálogo permanente com instâncias de controle social e com a comunidade usuária dos serviços, incluindo:



- Articulação sistemática com o Conselho Distrital de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde;
- Inserção ativa das unidades em fóruns, redes, comissões e espaços de discussão relacionados à mortalidade materna, mortalidade neonatal, humanização do parto e direitos das mulheres;
- Disseminação de informações claras e acessíveis sobre os direitos da gestante, da parturiente, da puérpera e do recém-nascido, bem como sobre os fluxos assistenciais e diretrizes do Programa Cegonha Carioca.

Essas diretrizes reforçam o compromisso institucional do IGEDES com boa governança, transparência, controle social, ética pública e alinhamento integral às expectativas do controle externo e da sociedade, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e com as diretrizes da Administração Pública Municipal.

5. Etapas do Plano de Implantação (Foco no Dia 1 e Estabilização em 60 Dias)

O Plano de Implantação será executado em três grandes fases, com sobreposição planejada de atividades, assegurando o início imediato da operação plena no **Dia 1** e a consolidação da gestão, dos fluxos assistenciais e dos mecanismos de governança em até **60 (sessenta) dias**, em conformidade com o Edital nº 006/2025 e o Plano de Trabalho aprovado.

Fase 1 – Preparação Pré-Contratual e Formalização (D-30 ao Dia 0)

Fase intensiva que se desenvolve desde a divulgação do resultado do chamamento público até a assinatura do Termo de Colaboração e o dia imediatamente anterior ao início da execução, com o objetivo de atingir **máxima prontidão operacional** para a assunção simultânea da gestão das unidades.

Comitê de Implantação (CI)

- Criação formal do Comitê de Implantação, mediante portaria interna, integrando representantes da Diretoria do IGEDES e das áreas assistencial, administrativa, financeira, suprimentos, engenharia clínica, infraestrutura, tecnologia da informação, recursos humanos, jurídico, qualidade e segurança do paciente, bem como representantes indicados pela Secretaria Municipal de Saúde.
- Definição de interlocutores específicos para cada unidade e constituição de núcleo integrado para temas materno-infantis transversais, incluindo humanização do parto e nascimento, NAIRR,



aleitamento materno, luto perinatal, abortamento previsto em lei e articulação com a Rede Cegonha Carioca.

Cronograma e Plano de Comunicação de Transição

- Elaboração de cronograma detalhado de ações de transição, com marcos semanais, responsabilidades definidas e entregas por área.
- Planejamento de comunicação interna (equipes das unidades) e externa (SMS-RJ, usuárias, conselhos de saúde), com realização de reuniões periódicas de alinhamento e definição de canais formais para esclarecimento de dúvidas durante o período de transição.

Plano de Comunicação Interinstitucional

- Estabelecimento de canais estruturados de comunicação com a SMS-RJ e, quando aplicável, com a gestão anterior, visando à troca de informações, entrega de documentos, alinhamento de fluxos assistenciais e pactuação de protocolos críticos, incluindo abortamento previsto em lei, atendimento a vítimas de violência sexual e transferência de gestantes e neonatos graves.
- Criação de grupo técnico permanente para integração com a regulação municipal (SISREG) e com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, incluindo Atenção Primária, UPAs, unidades de referência para alto risco e hospitais pediátricos.

Plano de Recursos Humanos

- Levantamento detalhado da força de trabalho existente em cada unidade, abrangendo cargos, vínculos, jornadas, escalas, plantões e lacunas críticas, incluindo equipes médicas, enfermagem, fisioterapia, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, nutrição, farmácia, apoio diagnóstico, áreas administrativas e serviços de apoio.
- Planejamento da estratégia de absorção e contratação para garantir, desde o Dia 1, escalas completas para:
 - o Centro Obstétrico;
 - o Alojamento Conjunto;
 - o UTI Neonatal / Unidade Intermediária / NAIRR;
 - o Ambulatórios e atendimentos programados;
 - o Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (imagem, laboratório, farmácia, CME, entre outros).
- Elaboração de plano de integração e treinamento inicial das equipes, contemplando:



- o apresentação do modelo de gestão do IGEDES;
- o protocolos assistenciais para parto, puerpério, abortamento previsto em lei, emergências obstétricas e neonatais;
- o política de humanização do parto e nascimento;
- o direitos da mulher e do recém-nascido;
- o fluxos de notificação de eventos adversos e mortalidade materno-infantil.

Plano de Suprimentos e Logística

- Diagnóstico dos estoques existentes, contratos de fornecimento e consumo médio de insumos críticos, incluindo medicamentos, materiais médico-hospitalares, kits de parto, insumos para UTI neonatal, soros, dietas e fórmulas.
- Definição de estoques mínimos para o período inicial, com especial atenção para:
 - o medicamentos de urgência obstétrica (ocitócicos, anti-hipertensivos, hemoderivados, entre outros);
 - o insumos para reanimação neonatal e cuidado intensivo;
 - o materiais de uso contínuo em salas de parto e alojamento conjunto;
 - o equipamentos de proteção individual e materiais de higiene e desinfecção.
- Homologação, contratação ou adequação de fornecedores, garantindo abastecimento ininterrupto a partir do Dia 1.

Plano de Tecnologia da Informação (TI)

- Levantamento da infraestrutura de TI das unidades, incluindo rede lógica, servidores, equipamentos, conectividade, rotinas de backup e segurança da informação.
- Planejamento da implantação ou integração do prontuário eletrônico do IGEDES, com parametrizações, perfis de acesso e integração aos sistemas corporativos da SMS-RJ (regulação, produção, faturamento, vigilância em saúde, entre outros).
- Definição de equipe de suporte de TI dedicada ao período de implantação e aos primeiros 60 dias de operação, com atendimento presencial e remoto.

Plano de Comunicação com Usuárias e Comunidade

- Preparação de materiais informativos sobre a transição de gestão e a manutenção integral dos serviços.
- Inclusão de informações claras sobre direitos das gestantes, parturientes, puérperas e recém-



nascidos, tais como acompanhante 24 horas, plano de parto, direito à informação, acesso ao abortamento previsto em lei, opções de parto e incentivo ao aleitamento materno.

Elaboração e Revisão de Protocolos e POPs

- Revisão e adequação dos protocolos assistenciais e administrativos do IGEDES à realidade de cada unidade, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, da SMS-RJ e do Edital.
- Priorização de protocolos relacionados a:
 - o atenção ao parto de baixo e alto risco;
 - o hemorragia obstétrica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, sepse e emergências obstétricas;
 - o reanimação neonatal;
 - o aleitamento materno e alojamento conjunto;
 - o atendimento ao abortamento previsto em lei e à violência sexual;
 - o luto perinatal e perdas gestacionais;
 - o humanização do parto e prevenção da violência obstétrica.

Due Diligence Detalhada

- Diagnóstico situacional aprofundado das unidades, abrangendo recursos humanos, infraestrutura física, estado de conservação, contratos vigentes, estoques, parque tecnológico, sistemas de TI, indicadores assistenciais, notificações sanitárias, processos judiciais e demais vulnerabilidades.
- Análise de contratos de serviços terceirizados e fornecedores, com definição do que será mantido, rescindido ou relicitado, assegurando estabilidade assistencial.

Instrumentos de Gestão Pré-Contratual

- Criação de checklists por área e por unidade;
- Elaboração do Plano Operativo de Implantação consolidado;
- Definição de mecanismos de responsabilização compartilhada durante a transição, em articulação com a SMS-RJ.

Fase 2 – Implantação Acelerada e Operação Plena (Dia 1 ao Dia 30)

Fase central da transição, com foco na ativação integral das operações sob gestão do IGEDES, garantindo plena capacidade assistencial desde o primeiro dia de vigência do Termo de Colaboração, **nas três unidades objeto da parceria**: Hospital Municipal Alexander Fleming (HMAF), Hospital Maternidade Herculano Pinheiro (HMHP) e Maternidade Leila Diniz (HMLD).



Objetivo Geral

Ativar integralmente os serviços das três unidades, consolidar equipes, estabelecer rotinas assistenciais e de gestão compatíveis com o Plano de Trabalho e assegurar que porta obstétrica, parto e nascimento, internações, linhas ginecológicas, cuidado neonatal e serviços de apoio funcionem com segurança, qualidade e humanização, respeitando o perfil assistencial e a capacidade instalada de cada maternidade (incluindo unidades predominantemente de risco habitual).

Reuniões e Monitoramento Intensivo

- Reuniões diárias, na primeira semana, com a SMS-RJ e o Comitê de Implantação para acompanhamento da assunção da gestão **nas três unidades**, resolução de pendências e ajustes finos de fluxos assistenciais.
- Implantação progressiva de sistema de reporte de indicadores-chave (produção, qualidade, segurança, experiência do usuário), com consolidação semanal de dados na fase inicial, **com visão por unidade e consolidado da parceria**.

Recursos Humanos – Assunção e Treinamento em Serviço

- Formalização de vínculos e completação de escalas de trabalho em todas as áreas críticas **em HMAF, HMHP e HMLD**, incluindo: Centro Obstétrico/CPN (quando aplicável), enfermarias, ambulatórios, apoio diagnóstico e terapêutico e equipes multiprofissionais.

- Treinamento intensivo em serviço sobre:
 - o Prontuário eletrônico e sistemas de informação;
 - o Protocolos clínico-assistenciais priorizados;
 - o Fluxos de encaminhamento e linhas sensíveis (violência sexual, abortamento previsto em lei, luto perinatal e rede psicossocial);
 - o Práticas de humanização e acolhimento;
 - o Rotinas de notificação de incidentes, eventos adversos e óbitos.

Gestão Assistencial – Ativação Completa dos Serviços

- Garantia de funcionamento pleno dos seguintes macroprocessos assistenciais, **conforme escopo e perfil de cada unidade**:
 - o Admissão da gestante e da puérpera (emergência, porta regulada, referência da rede);
 - o Centro Obstétrico / Sala de Parto / PPP / CPN (quando aplicável);



- o Alojamento conjunto e cuidado ao recém-nascido saudável;
- o Cuidado neonatal ao RN de risco na capacidade instalada de cada maternidade (ex.: unidades neonatais, cuidados intermediários/NAIRR quando existentes) e articulação com retaguarda e transferência regulada para situações que excedam a capacidade local;
- o Enfermarias e manejo de condições obstétricas tempo-dependentes, com escalonamento assistencial;
- o Serviços de apoio (laboratório, imagem, farmácia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e referência hemoterápica conforme pactuação em rede).
- Monitoramento diário de indicadores de fluxo e desfecho por unidade (tempo de espera, taxa de ocupação, número de partos, proporção de cesáreas, eventos sentinela, encaminhamentos/transferências quando aplicável).

Gestão de Suprimentos e Logística

- Operacionalização dos processos de aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição de insumos e medicamentos, com atenção a:
 - o Kits de parto e de reanimação neonatal;
 - o Medicamentos de alto risco;
 - o Insumos para procedimentos ginecológicos e obstétricos;
 - o Manutenção da cadeia fria de imunobiológicos.
- Ajustes contínuos de estoques com base no consumo real dos primeiros 30 dias, **com curva por unidade.**

Tecnologia da Informação (TI)

- Uso integral do prontuário eletrônico para registros de atendimentos, internações, partos, procedimentos e evolução clínica **nas três unidades.**
- Suporte intensivo para correção rápida de falhas, ajustes de perfis de acesso e estabilidade da rede, com priorização de áreas críticas (porta obstétrica, centro obstétrico e cuidado neonatal).

Gestão Administrativa e Financeira

- Ativação de rotinas de faturamento, contabilidade, contratos, compras, manutenção predial e engenharia clínica **em HMAF, HMHP e HMLD.**
- Início da prestação de contas regular de despesas e receitas, alinhada ao formato e prazos da SMS-RJ, com segregação por unidade.



Qualidade, Segurança do Paciente e Humanização

- Coleta e análise inicial de indicadores previstos no Plano de Trabalho, com foco em mortalidade materna, desfechos neonatais, eventos sentinela, aleitamento na primeira hora, incidentes e experiência da usuária.
- Implantação de rotinas de rounds de segurança, reuniões de caso e revisão de óbitos, com participação multiprofissional, em cada maternidade, e consolidação gerencial integrada.
- Fortalecimento das práticas de humanização: direito ao acompanhante, plano de parto, manejo não farmacológico da dor, comunicação transparente e acolhimento às mulheres e famílias, especialmente em situações de abortamento legal e luto perinatal.

Comunicação Externa e Ouvidoria

- Ativação dos canais de ouvidoria e pesquisa de satisfação, com escuta ativa e respostas estruturadas nas três unidades, incluindo fluxos de tratamento de queixas e devolutivas gerenciais.
- Ações de comunicação com a comunidade para divulgar carteira de serviços, fluxos regulados, direitos e canais de contato.

Fase 3 – Otimização e Consolidação (Dia 31 ao Dia 60)

Após a estabilização inicial, esta fase tem como objetivo refinar processos, consolidar resultados assistenciais e administrativos e estruturar ciclos contínuos de melhoria, mantendo a mesma lógica, densidade e detalhamento técnico apresentados.

Monitoramento e Otimização Diária

- Acompanhamento cotidiano da operação pelas equipes de gestão, identificando gargalos (por exemplo, pontos de superlotação, atrasos em exames, dificuldades em alta hospitalar) e implementando ajustes imediatos.
- Revisão sistemática dos fluxos de admissão, parto, puerpério, transferência e alta, com foco em reduzir tempos de espera e aumentar a resolutividade.

Resolução de Problemas Críticos

- Priorização e escalonamento rápido de problemas que possam comprometer a continuidade do serviço (ex.: falha grave de infraestrutura, ruptura de insumo crítico, déficit de escala, falha de TI).



- Articulação com a SMS-RJ para pactuação de soluções estruturais quando necessário.

Análise de Indicadores Preliminares

- Consolidação dos indicadores dos primeiros 60 dias (produção, qualidade, segurança, experiência do usuário) e apresentação em relatórios gerenciais e painéis de BI, permitindo visão clara e comparável as unidades.
- Identificação de tendências, fragilidades e oportunidades, com plano de ação específico para cada unidade.

Engajamento e Cuidado com as Equipes

- Realização de reuniões periódicas com equipes assistenciais e administrativas para feedback, acolhimento, escuta qualificada e reforço de princípios institucionais.
- Identificação de necessidades de capacitação adicionais e planejamento de programas de educação permanente.

Validação de Fluxos, Processos e POPs

- Revisão em campo dos POPs e fluxos implantados, com ajustes baseados na experiência real dos primeiros 60 dias.
- Realização de auditorias internas nas principais linhas de cuidado (parto, puerpério, abortamento legal, atenção neonatal) para verificar aderência a protocolos e identificar pontos críticos.

Gestão de Suprimentos – Ajustes Finos

- Revisão das curvas de consumo e ajuste de níveis de estoque, periodicidade de pedidos e estratégia de armazenamento.
- Identificação e correção de possíveis desperdícios, perdas e ineficiências na cadeia de suprimentos.

Sustentação de TI Reforçada

- Manutenção de suporte de TI próximo às áreas assistenciais, consolidando estabilidade dos sistemas e integrando, quando necessário, novos módulos (regulação, relatórios gerenciais, dashboards assistenciais).

Acompanhamento da Satisfação das Usuárias e da Comunidade



- Aplicação sistemática de pesquisas de satisfação e análise de manifestações da ouvidoria, com devolutivas às equipes e à SMS-RJ.
- Planejamento de ações específicas para pontos críticos identificados (por exemplo, acolhimento, tempo de espera, comunicação de diagnósticos, manejo da dor, apoio em situações de luto).

6. Instrumentos de Acompanhamento e Gestão da Implantação

Para garantir a efetividade das fases descritas, serão utilizados os seguintes instrumentos:

a) Comitê de Implantação

- Órgão central de governança da transição, com regimento interno, atas registradas e plano de trabalho com responsabilidades claramente atribuídas.
- Responsável por monitorar prazos, consolidar informações, articular com a SMS-RJ e garantir a coerência entre a implantação e o Plano de Trabalho.

b) Painel de Indicadores

- Desenvolvimento de painéis dinâmicos (BI) com indicadores assistenciais, de qualidade, segurança, RH, financeiro, suprimentos e experiência do usuário, permitindo visão em tempo real da implantação e da operação nas duas maternidades.

c) Relatórios de Auditoria Interna

- Auditorias internas periódicas durante os 60 dias de implantação, com relatórios analíticos e planos de ação para não conformidades, prazos e responsáveis.
- Ênfase em processos de maior risco: Centro Obstétrico, UTI Neonatal, abortamento legal, banco de leite humano.

d) Ouvidoria Ativa

- Atuação proativa da Ouvidoria, em formato multicanal (presencial, telefone, digital), com classificação, resposta e monitoramento das manifestações de usuárias e colaboradores, especialmente em temas de humanização, violência obstétrica, luto, acesso ao abortamento legal e direitos da mulher.

7. Instrumentos Operacionais Para A Implantação De Gestão Por OSC



Este documento reúne os instrumentos práticos (checklists, questionários e descritivos operacionais) que deverão ser utilizados durante as fases do Plano de Implantação de 60 dias.

I. Checklist Geral de Implantação por Etapa

Fase 1 – Planejamento e Formalização

- [] Portaria de nomeação do Comitê de Implantação
- [] Reunião inaugural e aprovação do cronograma
- [] Diagnóstico situacional (RH, infraestrutura, contratos, TI)
- [] Solicitação formal de documentos da unidade
- [] Elaboração do Plano Operativo de Implantação
- [] Estabelecimento da Ouvidoria Ativa Temporária
- [] Definição do fluxo de comunicação institucional

Fase 2 – Implementação e Compartilhamento

- [] Levantamento e migração de dados de sistemas
- [] Mapeamento e avaliação de contratos vigentes
- [] Treinamento de pessoal conjunto (SMS e OSC)
- [] Testes dos fluxos assistenciais
- [] Simulação de situações críticas (ex: emergência, desabastecimento)
- [] Validação de indicadores e metas operacionais
- [] Atualização documental (registros, normativas internas, protocolos)

Fase 3 – Assunção e Monitoramento

- [] Ata de transferência formal da gestão
- [] Apresentação de relatório final da Implantação
- [] Publicação do painel de indicadores iniciais
- [] Implementação do comitê de acompanhamento permanente
- [] Encaminhamento de pendências não resolvidas
- [] Avaliação da experiência por meio de pesquisa interna

II. Questionário de Diagnóstico Situacional

Área de Recursos Humanos



- Quantos servidores ativos estão vinculados à unidade?
- Há contratos terceirizados vigentes? Quais as empresas?
- Existe banco de horas pendente? Há horas extras recorrentes?
- Existe folha suplementar ou passivo trabalhista identificado?
- A escala de trabalho está atualizada e validada?

Área Assistencial

- Quantos leitos ativos e quantos bloqueados?
- Há fila de espera para internações ou exames?
- Os protocolos assistenciais estão implantados e documentados?
- Existem notificações sanitárias pendentes?
- O plano de contingência da unidade está atualizado?

Área Administrativa e Patrimonial

- Existe inventário físico-patrimonial atualizado?
- Há materiais com prazo de validade crítico?
- O controle de almoxarifado é informatizado?
- Há contratos vencidos operando em caráter excepcional?
- Existe gerador, reservatório de água e plano de manutenção preventiva?

III. Roteiro de Reuniões Semanais do Comitê de Implantação

- Verificação do cumprimento de metas da semana anterior
- Validação de documentos entregues
- Discussão de pendências críticas (jurídicas, operacionais, trabalhistas)
- Revisão do cronograma e ajustes conforme necessidade
- Registro em ata com envio aos responsáveis institucionais
- Geração de checklists semanais por eixo temático (RH, assistencial, etc.)

MODELOS E TEMPLATES PARA EXECUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO



Este documento contém os modelos formais necessários para a execução da Implantação de gestão para OSC em unidade hospitalar.

A. Modelo de Ata de Reunião do Comitê de Implantação

ATA DA REUNIÃO DO COMITÊ DE IMPLANTAÇÃO

Data: ___/___/___ Horário: _____ Local: _____

Presentes:

- Representantes do Órgão Público:
- Representantes da Gestão Atual:
- Representantes da OSC:

Pauta:

1. _____
2. _____
3. _____

Deliberações:

Encaminhamentos:

- Responsável: _____ | Prazo: _____
- Responsável: _____ | Prazo: _____

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata.

Presidente do Comitê de Implantação

Representante do Órgão Público

Representante da OSC

B. Template de Relatório de Progresso Semanal

RELATÓRIO DE PROGRESSO SEMANAL – COMITÊ DE IMPLANTAÇÃO



Semana: ___ a ___ de _____ de 20__

Resumo das Atividades Realizadas:

- _____
- _____

Pendências Identificadas:

- _____
- _____

Pontos Críticos:

- _____
- _____

Encaminhamentos para a Próxima Semana:

- _____
- _____

Assinatura do Coordenador do Comitê: _____

C. Formulário de Avaliação da Implantação – Equipe Técnica

Nome: _____

Cargo: _____



1. Como você avalia a organização da Implantação?

Excelente Boa Regular Ruim

2. Os treinamentos recebidos foram suficientes?

Sim Parcialmente Não

3. Houve clareza na comunicação entre as equipes?

Sim Parcialmente Não

4. Quais foram os principais desafios enfrentados?

5. Sugestões para aperfeiçoamento:

Data: ___/___/___ Assinatura: _____



A seguir apresentaremos as comissões e Núcleos que serão implantadas nas unidades objeto do edital 006/2025.

7.1 HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING e HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO, MATERNIDADE LEILA DINIZ

COMISSÕES E NÚCLEOS
COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS
COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIRAS)
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPIA (CFT)
COMISSÃO DE SEGURANÇA HOSPITALAR
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NVE)
COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TEC
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO E RESÍDUOS DE SAÚDE (CGRS)
NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)
COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA
COMISSÃO DE MORTALIDADE NEONATAL
COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA
COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE E DE ASSÉDIO
COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E MED
COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO TRANSFUSIONAL
NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO
COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA (CDME)
COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA



COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

5.7.3.1. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

A Resolução CFM nº 1.638/2002, em seu artigo 1º, define prontuário como “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 à 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”.

Em conformidade com essa Resolução (CFM nº 1.638/2002), que também torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) nas instituições de saúde, assim como, com a Resolução CFM Nº 2.110/2014, será implantada na unidade de saúde a Comissão de Revisão de Prontuário, com o propósito de garantir a qualidade e a ética das informações registradas pelos profissionais.

Quanto ao sigilo profissional, adverte-se que o médico ou outro profissional não poderá, sem o consentimento do usuário, informar a terceiros o conteúdo dos prontuários. Em casos de requisições, por parte da autoridade judiciária, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz (Resolução CFM Nº. 1.605/00).

Ressalta-se que o sigilo não será exclusivo para o médico. Será, também, de responsabilidade de outros profissionais que atuam na unidade, ou mesmo dos estudantes e estagiários que, por alguma razão, tenham conhecimento de fatos sigilosos do usuário. Qualquer informação (depoimento, cópia de documento, comunicação de crime e outros casos) só poderá ser prestada sempre em benefício do usuário, com a anuência deste e nunca em seu prejuízo. Entretanto, a obrigatoriedade do sigilo profissional do médico não terá caráter absoluto. A matéria, pela sua delicadeza, reclama diversidade de tratamento diante das particularidades de cada caso. A revelação do segredo médico, em caso de investigação de possível abortamento criminoso, por exemplo, far-se-á necessária em termos, com ressalvas do interesse da paciente.



A unidade de saúde porá a ficha clínica à disposição do perito médico, que não estará preso ao sigredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial (Código de Ética Médica). A obrigação do sigilo profissional poderá ser dispensada em relação a médicos militares, médicos sanitaristas e peritos, em cumprimento de dever legal ou no exercício regular do direito (Código Penal, inciso III, artigo 18). O médico, injustamente acusado, poderá valer-se do prontuário como instrumento de defesa.

O sigilo só poderá ser rompido em casos muito especiais. São poucas as situações em que a revelação do segredo médico será permitida: crimes que não impliquem processo criminal contra o usuário; notificação compulsória de doenças transmissíveis; comunicação de morte materna; atuação do médico como perito judicial; declaração de nascimento e de óbito; comunicação de maus-tratos em menores; notificação de violência contra a mulher.

Tratando-se de pacientes falecidos, muito embora esteja sendo objeto de discussão judicial, o Conselho Federal de Medicina expediu Recomendação CFM Nº 3/14, cujo artigo 1º. recomenda que os médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar forneçam, quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido, desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária. Desta forma, o prontuário é um importante instrumento no atendimento do usuário e para defesa dos profissionais em eventuais processos judiciais. Entretanto, através dele também é possível avaliar a qualidade de atendimento, pesquisa, consulta, ensino, auditoria, estatística, entre outras funções. Tendo em vista à importância de um prontuário, é imprescindível cuidados em seu manuseio desde a elaboração do registro até seu arquivamento.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), Resolução nº 1.638/02, um prontuário deve conter os seguintes dados obrigatoriamente: identificação do paciente (nome, sexo, data do nascimento, filiação, endereço), anamnese, exames físicos e complementares, diagnósticos, tratamento, anotações diárias sobre a evolução do estado do paciente. E o código de ética médica ainda reforça que cada paciente deve ter obrigatoriamente um prontuário (Resolução 1.246/88). A Resolução do CREMESP nº 41/1992 ratifica a importância da sistematização dos prontuários clínicos e estabelece normas para organização da Comissão de Prontuário.



A classificação de risco incorpora uma avaliação da enfermagem e médica mais completa e por isso mais itens, tornam-se importantes fatores de respaldo aos profissionais e ao próprio paciente.

MEMBROS E COMPONENTES

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme as necessidades da unidade de saúde.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela direção geral da unidade de saúde. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela gestão da unidade de saúde, de acordo com as necessidades e perfil da unidade de saúde. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços. O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da diretoria da unidade de saúde. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral da unidade. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Direção Geral.

OBJETIVOS PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO

Atender a resolução do CFM Nº. 1.638/2002, que define prontuário 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. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

ATRIBUIÇÕES

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

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.



Obrigatoriedade conter todos os relatos do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura com certificação digital e respectiva inscrição no conselho de classe.

Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

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 da unidade de saúde em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade da unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais. A ausência de um membro em 03 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela gestão médica, pelo presidente ou vice-presidente. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.



PROPOSTA REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE REVISÃO PRONTUÁRIOS – CRP

CAPÍTULO I DAS FINALIDADES

Art. 1º O Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação de suas atividades.

Art. 2 A CRP da unidade de saúde é regida por este Regimento Interno, tem natureza permanente e foi instituída para conduzir os processos de avaliação dos aspectos éticos e legais dos prontuários médicos, conforme a Resolução do CFM nº 1.638 de 09 de agosto de 2002.

Art. 3º A CRP é um órgão de assessoria direta da gestão da unidade de saúde e deverá manter estreita relação com a Comissões de Ética Médica e de Enfermagem da unidade de saúde com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

CAPÍTULO II DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º Para este regimento considera-se prontuário médico como 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 e ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros de equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO



Art. 5º. A Comissão será formada por membros representantes das seguintes áreas:

- I. 01 Representantes da equipe médica;
- II. 01 Representantes da equipe de enfermagem;
- III. 01 Representante da Equipe Multiprofissional;
- IV. 01 Representante do Núcleo de Segurança do Paciente;
- V. 01 Representante do Núcleo Interno de Regulação.

Art. 6º A Comissão contará obrigatoriamente com um Presidente, escolhido entre os membros, responsável pela condução dos trabalhos da CRP na instituição.

Parágrafo único. O Presidente deve ser obrigatoriamente profissional médico que está na composição da CRP.

Art. 7º. Os membros da CRP terão mandatos de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da publicação comissão em Diário Oficial, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 8º. Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião programada.

Art. 9º. Os mandatos do Presidente e do Secretário também terão período de 02 (dois) anos, podendo haver recondução.

Parágrafo único – Vice-Presidente e Secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão e, de acordo com a Resolução CFM Nº 1638 de 10/07/2002.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 10º. A Comissão reunir-se-á, mensalmente, em dias úteis, conforme cronograma pré-estabelecido.



§ 1º O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2º A Comissão 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.

§ 3º 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.

§ 4º A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

Art. 11º. A rotina das reuniões da Comissão será a seguinte:

- I. Verificação de presença e existência de "quórum";
- II. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
- III. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
- IV. Informes, quando necessário;
- V. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Encerramento da reunião.

Art. 12º. Quando uma reunião não puder ser concluída na sessão em andamento, ao encerrar a sessão a presidência deve fixar a data e horário para a sessão subsequente.

Art. 13º. As decisões da Comissão, quando necessárias, serão tomadas por maioria simples de votos, cabendo à Presidência o voto de qualidade no caso de empate.

Art. 14º. De cada reunião deve ser lavrada Ata que deve ser subscrita pelo secretário e assinada por todos.

Art. 15º. A CRP deverá instituir rotina de avaliação periódica de prontuários médicos de forma a observar o cumprimento de preceitos éticos e legais.

CAPÍTULO V



DAS COMPETÊNCIAS

Art. 16º. Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel;
- II. Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- III. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- IV. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- V. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número de registros dos conselhos de toda a equipe multiprofissional;
- VI. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.
- VII. Assegurar a responsabilidade do preenchimento que cabem ao médico assistente e a gestão médica da unidade de saúde;
- VIII. Detectar e avaliar as falhas de preenchimento;
- IX. A continuidade das falhas poderá resultar em convocação do responsável e devendo ser tomadas as providências cabíveis;
- X. Havendo necessidade, a Comissão deve programar cursos de atualização junto ao Núcleo de Educação Permanente.

Art. 17º. São atribuições do Presidente e do Vice-presidente, na ausência ou vacância do Presidente:

- I. Representar a Comissão, quando necessário;
- II. Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades;



- III. Encaminhar Direção Geral para homologação, as propostas de atividades aprovadas pela Comissão;
- IV. Encaminhar mensalmente às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem os resultados das avaliações dos prontuários;
- V. Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão;
- VI. Divulgar os critérios a serem utilizados para as avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da unidade de saúde, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação da Comissão de Ética Médica;
- VII. Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário do Paciente.

Art. 18. São atribuições do Secretário:

- I. Assistir às reuniões;
- II. Preparar e encaminhar os expedientes;
- III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
- IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
- VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

Parágrafo único – Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Art. 19. São atribuições comuns dos membros da Comissão:

- I. Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado;
- II. Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente;
- III. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas para auditoria, organização e revisão dos prontuários;
- IV. Zelar pelo sigilo ético das informações;



- V. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado;
- VI. Assessorar a alta governança da unidade de saúde em assuntos de sua competência;
- VII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- VIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a unidade de saúde.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21º. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão, a equipe de gestão da unidade de saúde proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 22º. A Comissão de Revisão de Prontuários, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 23º. Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em cotejo com a direção da unidade de saúde.

Art. 24º. Este regimento entrará em vigor após validação da unidade de saúde e publicação em DIÁRIO OFICIAL.

CRONOGRAMA

Comissão de Prontuário																									
ATIVIDADE	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Implantação da Comissão	x	x											x	x											
Reunião				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Definir Metas e Melhorias	x	x											x	x											
Capacitação de profissionais			x			x			x			x			x						x				x
Elaboração e validação de rotinas e fluxos da comissão		x	x												x	x									
Reunião com a Comissão de Ética Médica	Sempre que houver necessidade																								



5.7.3.2. COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, acidentes transfusionais, iatrogenias, entre outros. Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

A Comissão de Análise de Óbitos é um instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos nos serviços de saúde, além de permitir a correção e aprimoramento de deficiências ocorridas na assistência ao paciente. Assim, considerando que a ampliação e a complexidade dos serviços de saúde, a partir dos avanços técnico-científicos, exigem reavaliação constante do trabalho médico, cujo exercício ético-profissional exige o conhecimento das causas da morte e, considerando ainda que a revisão de óbitos é um instrumento precioso de avaliação de qualidade de atendimento ao paciente, demonstrando suas falhas e apontando as soluções prioritárias, observa-se que, em cumprimento a Resolução CREMERJ nº 40/1992, a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência desta comissão nas instituições de saúde, bem como a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM nº 2.171/2017, será implantada com o objetivo de fazer a avaliação dos óbitos ocorridos, bem como dos laudos de necrópsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal, quando a situação for pertinente.

Desse modo, será possível a esta Comissão avaliar a qualidade da assistência prestada, detectar a ocorrência de eventos adversos que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação da própria Comissão.

A Comissão Avaliação de Óbito é um órgão de assessoria que estará diretamente vinculado à Direção Geral da unidade de saúde e será preferencialmente eleita pelo corpo clínico, ou



designada pela Direção Médica, nos casos de não inscrição de candidatos. Deverá ter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e Comissão de Ética em Enfermagem, com as quais serão discutidos os resultados das avaliações, e obedecerá aos termos de legislação vigente e Resoluções dos respectivos Conselhos de Classe.

As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, bem como dos procedimentos e condutas profissionais realizadas, assim como a qualidade de informações dos atestados de óbitos, serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

Objetivos para o primeiro ano de contrato

1. Avaliar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos ocorridos na unidade;
2. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento hospitalar;
3. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

Membros e Componentes (Perfil)

Os membros que comporão esta Comissão poderão ser substituídos a qualquer tempo, desde que, seja encaminhada pelo profissional uma manifestação formal ao gerente médico, que procederá aos procedimentos legais pertinentes. A permanência desses profissionais designados poderá ser revista em reunião extraordinária, com a participação efetiva dos demais membros, com a devida decisão encaminhada à gerência médica.

O Presidente da Comissão deverá ser obrigatoriamente médico e o Vice-presidente deverá ser obrigatoriamente enfermeiro (a).

A composição mínima da comissão será de três (03) membros médicos e um (1) enfermeiro, com representantes dos serviços designados pela direção da unidade.

Funções da Comissão de Óbito da unidade de saúde:

- Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos;
- Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.



- Encaminhar para análise do Diretor Médico da unidade de saúde os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica, que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao CRM. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dos profissionais envolvidos.
- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Avaliação dos Óbitos, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.
- Não compete ao médico membro da Comissão de Investigação de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina. O médico membro da comissão, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.
- É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.
- Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito e realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar, conjuntamente com o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Direção Médica Técnica e/ou Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;
- Assessorar a alta governança da unidade de saúde em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade e definir estratégias de educação permanente;



- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes aos colaboradores e à instituição.

Os óbitos analisados pela Comissão de Avaliação de Óbitos que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor médico da unidade de saúde para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da unidade de saúde, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016. (RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017).

Frequência das Reuniões

Deverão ocorrer reuniões mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados a todos os membros da comissão. A ausência de um membro em 2 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 4 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do Presidente ou de seu Vice, os membros da comissão, aos seus critérios, poderão realizar a reunião. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. 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. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela Direção da Unidade ou pelo Presidente ou Vice-presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Direção Médica.



PROPOSTA REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I DA DENOMINAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Avaliação de Óbitos foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM nº 2.171/2017.

Art. 2º A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos da unidade de saúde:

Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos. Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.

Encaminhar para análise do Diretor Médico da unidade de saúde os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica, que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dos profissionais envolvidos.

Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado a Direção geral da unidade de saúde.



CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional da unidade de saúde, e deverá ser nomeada após validação e publicação em DIÁRIO OFICIAL da Prefeitura do Rio de Janeiro.

§ 1º A comissão deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo médico, enfermeiro, fisioterapeuta e outro profissional da área de saúde.

§ 2º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 3º Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 4º O presidente da Comissão de Revisão de Óbitos será obrigatoriamente médico.

§ 5º A comissão será composta por um representante de cada serviço:

- I. Representante da Emergência;
- II. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;
- III. Representante do Setor de Vigilância em Saúde;
- IV. Representante da Comissão de Segurança do Paciente;
- V. Representante do Núcleo de Educação Permanente; e

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Art. 5º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbitos será de 24 (vinte e quatro) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período, a pedido. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Direção Geral da unidade de saúde, para aprovação e alteração da Portaria de nomeação.



Parágrafo único. Ao término do mandato, a Direção Geral poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da Comissão que deixarem de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas, no período de um ano, e que não apresentarem justificativa até o início da reunião, serão removidos da Comissão e será solicitada a Direção Geral da unidade de saúde uma nova indicação;

§ 2º No caso da saída de um membro da Comissão, o Presidente comunicará a Direção Geral que indicará um novo representante para análise, aprovação e nomeação;

§ 3º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, constando data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será designado um relator, convidado, ou consultor, que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido em reunião.

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião;

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas por meio de votação aberta e justificadas por voto da maioria simples dos membros presentes;

Art. 9º Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise;



Art. 10º. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros;

Art. 11º. Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser disponibilizada eletronicamente para acesso do Diretor Médico da unidade de saúde.

Art. 12º. Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação;

§ 1º Será utilizado um formulário (Relatório de Verificação de Óbitos) para padronizar e sistematizar as avaliações.

Art. 13º. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na unidade de saúde, que deverá ser entregue à Gerência Médica para as providências necessárias.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14º. Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016. (RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017)

Art. 15º. São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos:

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II. A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão



III. Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina. Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

IV. É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

V. Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

VI. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito e realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

VII. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

VIII. Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

IX. criar, conjuntamente com o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

X. Zelar pelo sigilo ético das informações;

XI. Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Gerência Médica e/ou Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;

XII. Assessorar a alta a Direção da unidade de saúde em assuntos de sua competência;

XIII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade e definir estratégias de educação permanente;

XIV. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes aos colaboradores e a unidade de saúde.

Art. 16º. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Sugerir seu substituto a Direção geral da unidade de saúde;

III. Representar a comissão junto a Direção da unidade de saúde, ou indicar seu representante;



- IV. Subscrever todos os documentos resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;
- V. Fazer cumprir o regimento;
- VI. Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 17º. São atribuições da secretaria da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. Preparar a correspondência;
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º. Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com a Direção Médica da unidade de saúde.

Art. 19º. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 20º. O regimento entrará em vigor após aprovação pela Direção geral da unidade de saúde e publicação no Diário Oficial.

CRONOGRAMA

ATIVIDADE	Comissão de Análise de Óbito																							
	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Implantação da Comissão	x	x											x	x										
Reunião			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Definir Metas e Melhorias			x												x									
Desenvolver atividades técnicas científico			x			x									x			x						
Elaborar Normas para auditoria e revisão				x												x								
Elaborar Normas para revisão os prontuários de usuários que foram à óbito				x												x								
Revisão de prontuários relacionados à óbito				x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Normalizar o Registro e Preenchimento dos atestados de óbito			x	x											x	x								
Fiscalizar o registro e preenchimento dos atestados de óbitos			x		x		x		x		x				x		x		x		x		x	
Criar instruções para melhoria das informações dos prontuários				x												x								



5.7.3.3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

A infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, é 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. Para reduzir ao máximo possível a incidência e a gravidade das infecções hospitalares foram criadas as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada À Assistência À Saúde (CCIRAS) através da Portaria nº 2.616/1998 do Ministério da Saúde. Nessa mesma ocasião foi criado o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) que consiste em um conjunto de ações desenvolvidas com vistas a reduzir ao máximo possível a incidência e a gravidade das infecções hospitalares. Cabe à CCIRAS a execução das ações do PCIH, devendo atuar como órgão assessor da Diretoria da unidade, com autonomia plena para decidir sobre assuntos que, direta, ou indiretamente, estejam relacionados com o Controle de Infecção Hospitalar. A Resolução - RDC nº48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS) estabeleceu um roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar que estabelece a sistemática para a avaliação do cumprimento das ações do PCIH.

MEMBROS E COMPONENTES (PERFIL)

Caberá ao Diretor Geral a designação dos integrantes da CCIRAS, através de Portaria específica. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIRAS, a Diretoria Clínica e Administrativa deverá proporcionar a infraestrutura necessária. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

O mandato dos membros da CCIRAS deverá ser de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovado por igual período, conforme definição da direção geral da unidade de saúde.

As reuniões ordinárias da Comissão deverão ocorrer uma vez por mês e, extraordinariamente, quando se fizer necessário.

A CCIRAS terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores.

Os membros Executores serão dois técnicos de nível superior da área de saúde, com um deles, preferencialmente, enfermeiro ou médico, com conhecimentos específicos na área de controle de infecção hospitalar. Eles representarão o serviço de controle de infecção hospitalar, sendo, portanto, os executores das ações programadas de controle de infecção hospitalar.



Os membros Consultores serão profissionais da saúde, de nível superior, cujas indicações deverão, preferencialmente, recair sobre profissionais com conhecimento em infecção hospitalar. Devem ser formalmente designados e representar os seguintes serviços:

- Serviço médico
- Serviço de Farmácia Hospitalar
- Serviço de Enfermagem
- Serviço de laboratório de análises clínicas/Microbiologia
- Direção Administrativa
- Qualidade
- Núcleo de Vigilância epidemiológica

A Diretoria deverá disponibilizar, pelo menos, um profissional administrativo, exclusivo para a CCIRAS.

O Comitê básico CCIRAS será constituído pelo SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, que são membros executores do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), composto por, no mínimo:

- 2 Enfermeiro 8h/dia
- 1 Médico 6h/dia
- 1 Farmacêutico 6/dia

OBJETIVOS PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO

- Realizar a vigilância microbiológica das infecções, identificando os micro-organismos na unidade;
- Monitorar os microrganismos multirresistentes;
- Atuar na padronização do uso de antimicrobianos;
- Treinamento dos funcionários;
- Implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais a fim de controlar as infecções hospitalares.



Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIRAS;
- 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, implementar 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 de isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao 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 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;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;



- Notificar, na ausência de um Comitê de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob Vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades da unidade de saúde, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

DA COMPETÊNCIA

- Elaborar, implementar e monitorar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica para monitoramento das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Implementar e supervisionar normas e rotinas, visando a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Promover treinamentos e capacitações do quadro de profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, através de Educação Continuada;
- Participar, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, da elaboração de políticas de utilização de antimicrobianos, saneantes e materiais médico-hospitalares, contribuindo para o uso racional destes insumos;
- Realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas imediatas de controle e contenção;
- Elaborar, implementar e supervisionar normas e rotinas objetivando evitar a disseminação de germes hospitalares, por meio de medidas de isolamento e contenção;
- Elaborar, implementar, divulgar e monitorar normas e rotinas visando a prevenção e o tratamento adequado das infecções hospitalares;
- Elaborar e divulgar, periodicamente, relatórios dirigidos à autoridade máxima da instituição e às chefias dos serviços, contendo informações sobre a situação das infecções relacionadas à assistência à saúde na instituição.



FREQUÊNCIA DA COMISSÃO

Os membros da CCIRAS deverão ter sua indicação homologada pela Direção Geral da unidade de saúde.

O mandato de cada um dos membros executores é de duração indefinida, dependendo do tempo de exercício profissional, uma vez que o SCIH é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros. As reuniões ordinárias do SCIH serão semanais e sua atuação será diariamente. As reuniões da CCIRAS serão mensais.

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Para a adequada execução do PCIH, a unidade de saúde, manterá sua Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS), órgão de assessoria à autoridade máxima da unidade de saúde e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

A CCIRAS é composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIRAS serão de dois tipos: consultores e executores. Os membros executores da CCIRAS representam o Serviço de Controle de Infecção hospitalar e, portanto, são encarregados da execução programada de controle de infecção hospitalar. Os membros executores serão, no mínimo, 02 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 50 (cinquenta) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 06 (seis) horas para o enfermeiro e 04 (quatro) horas para os demais profissionais. Um dos membros executores deve ser preferencialmente, um enfermeiro. A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicado no número. Os membros executores são:

- I. 01 Médica Infectologista
- II. 01 Enfermeira (com experiência em infectologia)
- III. Os membros executores terão acrescidas 02 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração.



Os membros consultores serão representantes indicados pela direção da unidade, com a garantia de representatividade de pelo menos 1 integrante de serviços estratégicos. Estratégicos.

COMPETÊNCIAS

A CCIRAS da unidade de saúde:

- Elaborar, implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecção hospitalar (PCIH), adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:
 - implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e controle das infecções hospitalares; capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares; uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.
 - Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores de CCIRAS;
 - 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 de isolamento;
 - Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção e ao 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 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; cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes; notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão 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 do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados. Membros executores:
 - Executar o programa de controle de infecção.
 - Realizar atividades como práticas de vigilância e prevenção.
 - Detecção e controle de surtos.
 - Realizar programa de educação permanente voltada para o controle de infecção.
- Elaborar e divulgar relatórios e comunicar a autoridade máxima da instituição e a todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares.
- Apresentar os membros consultores os modelos de relatórios para serem aprovados pela CCIRAS. Caberá ao diretor da unidade de saúde:
 - Constituir formalmente a CCIRAS.
 - Nomear os componentes da CCIRAS por meio de ato próprio.
 - Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIRAS.
 - Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS.
 - Garantir a participação da CCIRAS nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição como, por exemplo: os conselhos técnicos independentes da natureza da entidade mantenedora da instituição da saúde.
 - Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela coordenação municipal, estadual/distrital de controle de infecção hospitalar.
 - Informar ao órgão oficial da SMS de Rio de Janeiro quanto à composição da CCIRAS e as alterações que venham a ocorrer.
 - Fomentar a educação e o treinamento de todo pessoal hospitalar.

REFERÊNCIA: 1. Portaria MS 2.616 / 98. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS 930. Acessado em portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect (abr/2014).

CRONOGRAMA

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS)																												
ATIVIDADE	MÊS																											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
Implantação da Comissão	x	x																										
Reunião																												
Ratificar o Programa anual		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Definir Diretrizes para ação do PCIH			x																									
Realizar investigação epidemiológica			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Implementação de medidas imediatas de Controle				x					x																			
Propor Normas e Rotinas para prevenir /tratar e eliminar a disseminação das infecções				x																								
Capacitação dos profissionais para o Controle das Infecções Hospitalares			x			x			x			x			x			x			x			x			x	
Desenvolver um Programa de uso racional de antimicrobianos				x																								
Elaborar relatório sobre índices de infecção e padrão de resistência bacteriana			x			x			x			x			x			x			x			x			x	
Participar da padronização e formulação dos germicidas				x					x																			
Rever a padronização de antimicrobianos da Unidade						x																						



5.7.3.4. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica é um órgão subordinado e vinculado ao CREMERJ, com autonomia quanto as atividades administrativas e diretiva da instituição, com atos restritos ao corpo clínico vinculados ao CRM da Direção Médica e, que tem como objetivo as funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina, além de divulgação do Código de Ética Médica.

Deve atuar conforme diretrizes do CREMERJ e da Resolução do CFM Nº 2.152/2016, que estabelece as normas de organização, funcionamento, eleição e competências das CEM dos estabelecimentos de saúde. No artigo 1º (Capítulo I) afirma que: "Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo o território nacional, devem possuir CEM, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico.

O artigo 3º, do Capítulo II dessa Resolução, estabelece que as CEM serão instaladas nas instituições mediante critérios de proporcionalidade e, na instituição que possuir de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a CEM deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.

Desse modo, considerando o quantitativo de médicos que atuarão na unidade de saúde, impõe-se a existência de uma CEM que será implantada seguindo as orientações da referida Resolução e das diretrizes do CREMERJ.

Os membros da CEM serão eleitos pela Assembleia Geral Ordinária do Corpo Clínico, para mandato de duração estabelecida pelo CREMERJ, mediante processo eleitoral convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. A Eleição é em escrutínio com voto direto e secreto, vencendo os candidatos que receberem o maior número de votos. O resultado deve ser comunicado ao CREMERJ.

Não poderão integrar a CEM os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa e os que não estejam quites com o CREMERJ.



O mandato da CEM será de 01(um) ano, podendo ser renovada por igual período, e esta informação deverá constar no seu Regimento Interno.

A CEM da unidade de saúde, estará em conformidade com as Resoluções vigentes que estabelece as normas de organização, funcionamento, eleição e competências das CEM dos estabelecimentos de saúde. Podendo sofrer alteração, sempre que houver novas normatizações.

OBJETIVOS

- Fiscalizar 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, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- A Comissão de Ética Médica – CEM será informada das fiscalizações e das inconformidades apontadas e terá como atribuição: Acompanhar o andamento das melhorias e informar ao CREMERJ em até trinta (30) dias sobre a resposta do gestor;
- Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- Colaborar com o CREMERJ na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica. Tais atividades poderão ser realizadas sob a forma de treinamento em serviço, curso EAD/presencial, entre outros;
- Atuar preventivamente conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- Promover debates sobre temas da ética Médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da unidade;
- Manter integração com a Comissão de Revisão de Óbito, a Comissão de Revisão de Prontuário e o Núcleo de Segurança do Paciente;
- Apurar fato denunciado, mantendo a responsabilidade da hierarquia médica da unidade.
- Acompanhar as apurações feitas pela Comissão de Ética Médica – CEM encaminhadas ao CREMERJ e protocoladas para o setor de Processo Ético Profissional, para definir abertura de sindicância;
- Encaminhar ao CREMERJ os assuntos e procedimentos relativos à violação do Código de ética Médica de forma sigilosa;
- Promover a divulgação dos objetivos da Comissão de Ética Médica – CEM;
 - Divulgar o Código de Ética dos profissionais clínicos e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

IGEDES - Instituto de Gestão e Desenvolvimento | CNPJ: 05.696.218/0001-46

Avenida das Américas, 3500 - Bloco 7, Sl 704 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro-RJ | CEP: 22640-102
Tel. (21) 3598-2371 / 3598-237 ofícios@igedes.org.br

1635



- Assessorar a Direção Geral e Direção Médica, nas questões ligadas à ética profissional;
- Realizar a necessária orientação à equipe clínica sobre comportamento ético-profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas;
- Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- Apreciar e emitir parecer sobre dilemas éticos médicos, sempre que necessário;
- Fiscalizar o exercício profissional e ético da profissão, condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade ético-profissional, qualidade o cuidado dispensado aos usuários e familiares pelos profissionais clínicos, denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;
- Analisar e dar parecer sobre os dilemas éticos dos projetos de pesquisas com seres humanos que envolvam profissionais médicos;
- Manter sigilo sobre ações de sindicância e fiscalização, tratados nesta Comissão de Ética Médica – CEM.

Da Competência do Presidente

- Representar a CEM para todos os fins;
- Comunicar ao CREMERJ da respectiva jurisdição quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM
- Convocar o Secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da CEM, sempre que necessário;
- Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas;
- Fornecer ao CREMERJ relatório sobre as atividades realizadas, a cada 6 (seis) meses ou quando solicitado.
- O presidente deverá ser membro efetivo da CEM.

Da competência do Secretário

- Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- Acompanhar as reuniões da CEM, junto com o Presidente;
- Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da CEM, mantendo arquivo próprio;



- Abrir e manter sob sua guarda livro de registros da CEM, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Da competência dos membros efetivos e suplentes

- Eleger o Presidente e o Secretário;
- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- Participar ativamente das atividades da CEM.

Membros da Comissão

A Comissão de Ética Médica - CEM deverá ser constituída de acordo com a proporcionalidade do corpo clínico da unidade de saúde, através de processo eleitoral direto para escolha de seus membros representativos do corpo clínico e, ato de posse estabelecido pelo CREMERJ e registrado em Ata da Primeira Reunião, na qual devem ser nomeados, entre os membros, o Presidente e o Secretário.

A Comissão de Ética Médica - CEM, é composta por um (1) Presidente, um (1) Secretário e demais membros efetivos e suplentes. Os cargos de Presidente e Secretário e Membros da Comissão de Ética Médica - CEM somente poderão ser exercidos pelo corpo clínico da unidade hospitalar.

Frequência das Reuniões

A CEM se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Os atos administrativos da CEM terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático-pedagógica no âmbito da instituição de saúde.

As deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o voto qualificado em caso de empate.

Os trabalhos da CEM serão realizados pautados nos princípios de celeridade, imparcialidade e independência de seus membros. Todas as denúncias e todos os procedimentos serão sigilosos.



Os integrantes da CEM que, direta ou indiretamente, estejam implicados em algum processo ou procedimento devem abster-se de participar da apuração de eventual descumprimento do Código de Ética e Conduta.

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO COMISSÃO ÉTICA MÉDICA(CEM)

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Art. 1.º A Comissão de Ética Médica (CEM) da unidade de saúde, desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ).

Art. 2.º A CEM exerce suas funções sobre todos os médicos em atividade assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa na unidade de saúde, regularmente registrados na unidade de saúde.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA

Art.4.º A estrutura da CEM compreende:

- I Presidência;
- II Secretariado;
- III Apoio administrativo.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 5.º A CEM no âmbito da unidade de saúde será composta por, no mínimo seis membros, que participam das atividades inerentes a CEM e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

§ 1.º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) ou do CREMERJ.



§ 2.º Os três membros mais votados na eleição serão considerados titulares, os demais serão considerados suplentes.

§ 3.º Todos os membros titulares e suplentes serão convocados para as reuniões.

Art. 6.º Os membros eleitos escolherão, por votação, o presidente e o secretário.

Parágrafo único. No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM em votação e, por aprovação da sua maioria, procederão à substituição dos mesmos, cujos substitutos exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 7.º Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleição do seu presidente e ou secretário.

Art. 8.º Não poderão integrar a CEM:

- I. Os médicos que exercem cargos de gerência, coordenação, clínica ou administrativa na unidade de saúde;
- II. Os médicos que não estejam em dia com o CREMERJ;
- III. Os médicos residentes;
- IV. Os médicos estagiários e os médicos voluntários.

§ 1.º Os membros da CEM que posteriormente passarem a exercer cargos de gestão clínica ou administrativa da unidade de saúde deverão ser imediatamente afastados.

§ 2.º O desligamento da unidade de saúde implica no seu automático desligamento da CEM.

§ 3.º Não poderão integrar a CEM médicos que porventura sofreram processos com sanções éticas nos últimos dez anos.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS



Art. 9.º Compete à CEM:

- a. Supervisionar, orientar e avaliar no âmbito da unidade de saúde o exercício ético e legal da atividade médica;
 - b. Comunicar ao CREMERJ quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
 - c. comunicar ao CREMERJ o exercício ilegal da profissão;
 - d. Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica ou por solicitação do CREMERJ, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca da situação apurada, encaminhando-o ao CREMERJ, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que apurar;
 - e. Desenvolver atividade educativa através de discussões, divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a gestão da unidade de saúde e instituições de formação acadêmica;
 - f. fornecer subsídios a gestão da unidade de saúde, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- I. Atuar preventivamente, conscientizando os médicos na unidade de saúde quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
 - II. Divulgar a CEM aos médicos e usuários na unidade de saúde, sua constituição, finalidades e localização;
 - III. Manter estreita relação com a Comissão de Análise de Óbitos, através do exame dos relatórios da totalidade dos óbitos ocorridos na unidade de saúde e seus laudos necroscópicos, quando existirem, e da colaboração na avaliação da qualidade dos prontuários dos usuários.

Art. 1º. Compete ao Presidente da CEM:

- I. Representar a CEM perante a gestão da unidade de saúde, SMS do Rio de Janeiro, bem como às suas diversas Comissões e ao CREMERJ;
- II. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
- III. Convocar o Secretário ou, na ausência deste, membro da CEM, para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;
- IV. Encaminhar ao CREMERJ os Relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas;



- V. Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar Relatório a CEM quando da apuração de sindicâncias, bem como responder consultas referentes a assuntos éticos;
- VI. Participar das reuniões da Comissão de Residência Médica (Coren), conforme convocação da mesma, tendo direito a voz, porém sem direito a voto;
- VII. Aprovar material de divulgação da CEM.

Art. 10º. Compete ao Secretário da CEM:

- I. Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
- II. Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;
- III. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM.

Art. 11º. Compete ao apoio administrativo

- I. Receber os expedientes encaminhados a CEM;
- II. Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;
- III. Manter o arquivo da CEM em ordem;
- IV. confeccionar memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM;
- V. Observar as regras da unidade de saúde para o andamento dos trabalhos da CEM;
- VI. Proceder as convocações para as reuniões da CEM;
- VII. Proceder as convocações para as oitivas;
- VIII. Preservar, em sigilo, os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos;
- IX. Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

**CAPÍTULO V
DAS ELEIÇÕES**

Art. 12º. O Diretor Geral da unidade de saúde designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CREMERJ.

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



Art. 13º. A comissão eleitoral convocará a eleição, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição, validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

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

Art. 14º. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo este Regimento.

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

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

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

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

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

Art. 16º. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, dois dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao CREMERJ, se necessário.

Art. 17º. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo CREMERJ.



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

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art.18º. A CEM se reunirá ordinariamente, bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes for necessário para o bom andamento dos trabalhos.

Parágrafo único. O calendário de reuniões deverá ser afixado em local de acesso aos médicos do corpo clínico.

Art.19º. As deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado, em caso de empate.

Art.20º. As reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário, na ausência do primeiro, em dia e hora devidamente divulgados com, pelo menos, a metade dos membros convocados, após quinze minutos do início previsto.

§ 1.º Na ausência do Presidente e do Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretário (a) que deverão conduzir a reunião.

§ 2.º Os membros que porventura não comparecerem à reunião ordinária ou extraordinária deverão justificar sua ausência ao Presidente da CEM, antes da reunião, por escrito.

§ 3.º Os membros que apresentarem três ausências consecutivas deverão justificar ao Colegiado quanto sua permanência na CEM e o mesmo se aplica aos membros que se ausentarem por cinco reuniões não consecutivas, mesmo que justificadas.

Art.21º. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da CEM procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CREMERJ.



§ 1.º Se o membro da CEM deixar de fazer parte do corpo clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CREMERJ.

§ 2.º Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da CEM, este deverá imediatamente ser afastado pelo CREMERJ.

Art.22º. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao CREMERJ para homologação e registro.

Art.23º. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da CEM, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que a nova eleição oficial seja realizada, que poderá ser por candidatura individual.

Art.24º. O mandato da CEM será de 2 anos (dois).

CAPÍTULO VII DA APURAÇÃO INTERNA

Art. 25º. A apuração interna será instaurada mediante:

- I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada.
- II. *ex officio*, por intermédio de despacho do presidente da CEM.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da CEM deverá informar imediatamente ao CREMERJ para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art.26º. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro do CEM designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.



Art. 27º. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da CEM, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 28º. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com as folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da CEM, ao CREMERJ e ao CFM.

Art. 29º. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da CEM, que poderá sugerir o arquivamento ou o encaminhamento ao CREMERJ.

Parágrafo único. O presidente da CEM poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 30º. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao respectivo CREMERJ.

Art. 31º. Se houver denúncia envolvendo algum membro da CEM, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CREMERJ para as providências cabíveis.

Art. 32º. A CEM não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

Art. 33º. Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CREMERJ, para a competente tramitação.



Art. 34º. Constatada a existência de indícios de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado a direção da unidade de saúde para as providências cabíveis.

Art. 35º. Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas ad referendum do CREMERJ.

§ 1.º Havendo conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2.º Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do Relatório ao CREMERJ.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36º. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à CEM, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CREMERJ, conforme preconiza o Código de Ética Médica.

Art. 37º. O presidente da CEM deverá fornecer ao CREMERJ relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38º. Os casos omissos serão decididos pelo respectivo CREMERJ.

Art. 39º. Este Regimento Interno está de acordo com a Resolução CFM n.º 2152/2016 que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das CEMs dos Estabelecimentos de Saúde podendo ser alterado, de acordo com futuras Resoluções do CFM, obedecidas as regras do CFM e do CREMERJ.

Art. 40º. Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA

Comissão de Ética Médica (CEM)																									
Ação	Mês																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Apoiar a eleição da CME	x	x																							
Implantar da Comissão	x	x																							
Reuniões	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fiscalizar o desempenho ético na unidade	x						x						x							x					
Elaborar propostas para melhor qualidade no exercício profissional	x						x				x						x						x		
Elaborar propostas para melhor qualidade no atendimento prestado aos usuários	x						x				x						x						x		
Fornecer ao CREMERJ relatório sobre as atividades realizadas							x						x				x							x	



5.7.3.5 COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, exercendo suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios éticos e da bioética.

Neste contexto, a CEE é o órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem. (COREN) e possui funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem no âmbito da unidade de saúde, sendo sua ação limitada ao exercício ético legal dos profissionais nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. A CEE da unidade de saúde seguirá as diretrizes das legislações vigentes, a saber:

- Resolução COFEN Nº 593/2018;
- Decisão COREN/RJ Nº 1821/12;
- Resolução COFEN Nº 172/1994.

OBJETIVO

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) da unidade de saúde tem como objetivo assegurar uma assistência de enfermagem ética, científica e comprometida com a qualidade na assistência prestada ao usuário do SUS, sem perder o foco na humanização da assistência.

A CEE será vinculada ao COREN e deverá manter a sua autonomia, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação a Gestão de Enfermagem da unidade de saúde, cabendo a ele prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE.

A atuação da CEE estará limitada ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração da unidade.

A CEE será vinculada ao COREN e deverá manter a sua autonomia, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação a Gestão de Enfermagem (Enfermeiro Responsável Técnico) da unidade de saúde.



Parágrafo Único - Caberá ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE.

DAS COMPETÊNCIAS

Compreende as competências gerais da CEE:

- Representar o Conselho Regional de Enfermagem, com relação aos assuntos relacionados à ética profissional de enfermagem;
- Assessorar a gestão de enfermagem da unidade de saúde, nas questões ligadas à ética profissional;
- Divulgar as atribuições da CEE no âmbito da unidade de saúde;
- Divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação Profissional de Enfermagem, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem e das demais normatizações emanadas pelo Conselho Federal de Enfermagem e pelo COREN/RJ;
- Identificar as ocorrências éticas e disciplinares no serviço de enfermagem no âmbito da unidade de saúde;
- Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários e membros da comunidade relativa ao exercício profissional de enfermagem no âmbito da unidade de saúde;
- Instaurar procedimento sindicante, apurar os fatos e anexar documentos comprobatórios relativos a indícios de infração ética, bem como os depoimentos colhidos;

Encerrar o procedimento sindicante, nos casos em que não for identificado indícios de infração ética ou disciplinar, apensando todos os documentos em processo individualizado e elaborando relatório para arquivo na instituição e ciência do arquivamento para o(a) enfermeiro(a) responsável técnico(a).

Propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;

Promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética.



FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES

Os membros efetivos da CEE reunir-se-ão em reuniões ordinárias mensais e extraordinária quando necessária.

Os membros efetivos da CEE reunir-se-ão com a presença da maioria de seus membros (metade mais um), sendo as deliberações tomadas por consenso.

As reuniões serão realizadas, normalmente, na sede da unidade de saúde, excepcionalmente, em qualquer outro local previamente estabelecido.

As reuniões deverão ser presididas pela Presidência da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Em toda reunião será lavrada ata, pelo Secretário nomeado ou por seu respectivo suplente, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos deliberados.

Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo colegiado ou encaminhados ao COREN para manifestação.

O presente Regimento passa a vigorar a partir de sua aprovação em reunião ordinária e registro em ata.

MEMBROS E COMPONENTES

A CEE deverá ser constituída por no mínimo, 03 (três) Enfermeiros, 04 (quatro) Técnicos em Enfermagem e seus respectivos suplentes, todos com vínculo empregatício.

A CEE será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos - 02 (dois) Técnicos em enfermagem e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão.

Parágrafo Único - O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na unidade de saúde.

O tempo de mandato da CEE será de 02 (dois) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

O afastamento dos membros integrantes da CEE poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.



Parágrafo Único - Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEE comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN.

DAS ELEIÇÕES

A escolha dos membros da CEE será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados, pelo Responsável

Técnico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

O responsável técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do COFEN e COREN.

Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEE.

A escolha dos membros da CEE será feita mediante voto secreto e direto, podendo ser reeleitos. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a ser definido pela comissão eleitoral.

Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados, pelo Responsável Técnico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

O responsável técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do COFEN e COREN.

Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos a CEE.

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

DA NATUREZA

A Gerência de Enfermagem está subordinada à Diretoria Geral da unidade de saúde e se ramifica em Chefias de Serviços de Enfermagem.

DAS FINALIDADES

A Direção de Enfermagem tem por finalidades:



- I. Assistir ao paciente integralmente, atendendo-o em suas dimensões biológica, psicológica e emocional, objetivando a sua mais breve recuperação e sua reintegração social;
- II. Promover continuamente a excelência da qualidade assistencial, estimulando a equipe ao constante desenvolvimento técnico-científico, oferecendo condições que viabilizem o crescimento integral de seu potencial, idade, pessoal e profissional;
- III. Propiciar ambiente harmonioso e produtivo que estimule o desenvolvimento do trabalho interativo em equipe, garantindo a harmonia de objetivos e metas e o comprometimento de todos na condução do sucesso;
- IV. Realizar e colaborar com os estudos e pesquisas científicas desenvolvidas por profissionais desta e de outras áreas, disponibilizando contribuições, conhecimentos e auxiliando-os em suas necessidades;
- V. Colaborar com as instituições educacionais na área de Enfermagem e outras congêneres na formação de profissionais, viabilizando acesso ao desenvolvimento de estágio em campo de trabalho, firmando compromisso perante a comunidade, em atendimento ao seu papel quanto à responsabilidade social e cidadania;
- VI. Participar através de setor de competência do processo seletivo de profissional para a Equipe de Enfermagem, através de planejamento e ações conjuntas com departamento responsável pelo recrutamento e seleção de pessoal;
- VII. Colaborar continuamente com os Sistemas de Gestão vigentes e demais serviços para a melhoria na aplicação de métodos, práticas, otimização dos desempenhos técnicos, administrativos e no alcance de melhores resultados;
- VIII. Manter o trabalho norteado pelos preceitos e orientações contidas no código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN).

DAS COMPETÊNCIAS DOS SERVIÇOS

Serviço de Atendimento Interno

- I. Proporcionar assistência integral e personalizada aos pacientes considerando suas necessidades biopsicossociais;
- II. Recepcionar e realizar a admissão do paciente na Unidade, fornecendo-lhe bem como ao seu familiar e acompanhante todas as informações necessárias para sua orientação,



- esclarecendo suas dúvidas e inteirando-o sobre todos os serviços a lhe serem prestados, conscientizando-o da necessidade de sua colaboração no período de internação;
- III. Manter responsabilidade e controles técnico, administrativo e operacional pelos serviços sob sua competência, objetivando a consolidação das metas e resultados setorial e institucional;
 - IV. Identificar e priorizar as necessidades das unidades, estabelecendo um planejamento a curto, médio e longo prazo, no atendimento aos objetivos propostos, com base na previsão anual de materiais, equipamentos e pessoal;
 - V. Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras, emergências e de urgências aos pacientes internados em Unidades de Clínicas Médicas e Cirúrgicas;
 - VI. Manter registros fidedignos de fatos observados com pacientes, para prestar informações úteis que facilitem o diagnóstico e tratamento médico;
 - VII. Sintetizar e organizar o processo operacional, viabilizando o desenvolvimento de trabalho cooperativo, interativo e seguro, incentivando o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
 - VIII. Estabelecer o controle efetivo de custos e geração de receita, mantendo atenção focada na utilização de recursos disponíveis, evitando desperdícios e danos com manutenção e uso inadequado de equipamentos;
 - IX. Colaborar com Equipe Médica, Psicólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais e outros, contribuindo para o desenvolvimento de atividades relacionadas ao estudo e pesquisa científica;
 - X. Manter controles estatísticos e criteriosos dos pacientes, como instrumentos geradores de dados e informações necessárias à movimentação dos pacientes nas unidades, monitoramento do desempenho setorial e ações de âmbitos decisórios.

Serviço do Bloco Operatório

- I. Oferecer recursos materiais, humanos e equipamentos necessários para garantia de uma assistência segura, qualificada e personalizada aos pacientes cirúrgicos eletivos emergenciais, assegurando confiança à equipe médica quanto ao êxito do procedimento;
- II. Organizar um sistema eficaz de agendamento prévio das cirurgias eletivas, que possibilite o planejamento de preparação de salas, equipamentos e materiais;



- III. Sistematizar e organizar o processo operacional de preparação das salas para procedimentos cirúrgicos;
- IV. Efetuar o registro de todas as cirurgias realizadas, mantendo-os sempre atualizados para levantamentos estatísticos e outras eventuais exigências;
- V. Recepcionar o paciente para a cirurgia, observando para que esteja rigorosamente acompanhado do pedido de cirurgia e do respectivo prontuário, para sua completa identificação, antes do início do ato cirúrgico;
- VI. Atender a equipe cirúrgica e de anestesista durante o ato cirúrgico de modo a facilitar o desenvolvimento do trabalho;
- VII. Manter preparada a sala de recuperação, provendo-a com materiais e equipamentos necessários para atendimentos específicos;
- VIII. Receber o paciente, prestar cuidados no período pós-operatório até a recuperação da consciência e estabilidade dos sinais vitais;
- IX. Encaminhar o paciente à unidade de origem (ou outra indicada pela internação), após avaliação e alta assinada pelo anestesista;
- X. Conferir a validade de esterilização de todo o instrumental que é colocado à disposição das equipes cirúrgicas, para garantir a segurança do paciente, do profissional médico e da instituição;
- XI. Zelar para que o material a ser enviado ao Anatomopatológico seja devidamente protocolado, evitando-se qualquer tipo de extravio;
- XII. Realizar levantamento periódico de materiais e instrumentais sob sua guarda;
- XIII. Encaminhar ao Centro de Material Esterilizado os instrumentais e equipamentos utilizados, os quais, em casos de operações sépticas, deverão sofrer desinfecção prévia, no próprio local;
- XIV. Zelar para que a limpeza e desinfecção das salas cirúrgicas sejam executadas, observando-se os métodos e produtos recomendados pelo (SCIH) Serviço de Controle de Infecção Hospitalar para prevenir e controlar infecções;
- XV. Manter em perfeito estado de conservação e funcionamento os equipamentos destinados à esterilização e outros equipamentos do setor;
- XVI. Manter estoque suficiente de materiais, equipamentos e instrumentais cirúrgicos e em condições que possibilitem o cumprimento rigoroso do programa cirúrgico;
- XVII. Realizar testes de segurança de esterilização, conforme rotinas estabelecidas pela SCIH;
- XVIII. Manter atitudes éticas e sigilo profissional em todas as ocasiões, preservando a harmonia e segurança no ambiente de trabalho.



Serviço de Atendimento em UTI Adulto

- I. Atender prontamente todos os pacientes encaminhados às respectivas UTI e que necessitem de cuidados intensivos, aplicando procedimentos técnicos apropriados a cada caso;
- II. Dispor de Equipe de Enfermagem especializada, com conhecimentos científicos, habilidades técnicas e identificada com o trabalho em ambiente fechado, capacitada a prestar atendimento à pacientes em estado crítico;
- III. Prover a unidade de todos os recursos tecnológicos, materiais e medicamentos de urgências e emergências, proporcionais aos números de leitos instalados na unidade e de outros recursos relacionados à diagnose, terapêutica e cuidados de Enfermagem;
- IV. Observar continuamente o funcionamento correto e rigoroso de todos os equipamentos instalados, inclusive fonte de energia alternativa, zelando pela conservação e controlando a manutenção preventiva e corretiva dos mesmos;
- V. Preencher o prontuário da forma mais discriminada possível, fazendo constar todos os registros de controles e atividades da equipe multiprofissional que permitam subsidiar a avaliação da assistência e as práticas de auditoria interna;
- VI. Formar com os demais profissionais atuantes na unidade uma equipe coesa e competente, capacitada a exercer todas as ações necessárias, com agilidade e rapidez.

Serviço de Atendimento Externo e Acolhimento

- I. Prover a unidade com materiais, equipamentos, medicamentos e pessoal para atendimentos de emergência e urgência, encaminhando os pacientes rapidamente à sala de exames ou sala de tratamento específico, conforme apresentação do caso;
- II. Manter a infraestrutura local e interação com os serviços complementares: Radiologia, tomografia e Laboratório de Análises Clínicas para agilizar diagnósticos e facilitar intervenções necessárias;
- III. Afixar escala atualizada de médicos e especialistas em local visível para facilitar chamadas urgentes;
- IV. Manter os consultórios e salas de procedimentos sempre em ordem e aptas para funcionamento nas vinte e quatro horas, diariamente;
- V. Manter profissionais devidamente preparados, proporcionando ambiente adequado e seguro, como garantias para uma assistência qualificada e competente;



- VI. Manter e cuidar da manutenção e conservação dos veículos de transporte e remoção, mantendo-os sempre em boas condições de uso, higienizados, providos de recursos materiais, medicamentos e equipamentos indispensáveis aos procedimentos médicos e de enfermagem.

Serviços de Assessoria

Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal

- I. Imprimir ao serviço, fator decisivo de sucesso institucional pela: capacidade, importância e resolutividade;
- II. Estimular a capacidade individual de cada pessoa, potencializada pelas oportunidades que lhe são conferidas;
- III. Estabelecer a resolutividade pela eficiência na transmissão de conhecimentos e agilização de capacidades técnicas percebidas pelos usuários;
- IV. Prover o setor com recursos físicos e instrutores especializados, para organizar, sistematizar as ações educativas, fornecendo meios que possibilitem e facilitem a aprendizagem e a aquisição de habilidades em função de objetivos definidos, conduzindo-as a um processo de desenvolvimento pessoal e profissional;
- V. Criar condições propícias que favoreçam a modificação de atitudes, diante das relações entre pessoas ou de aspectos de tarefa, organização ou ambiente;
- VI. Manter atenção direcionada em captar situações inovadoras, transmitindo-as à equipe;
- VII. Efetuar diagnósticos que permitam a clara avaliação e mapeamento das necessidades existentes, delimitando os objetivos a serem atingidos através do treinamento;
- VIII. Efetuar planejamento e programação, com visitas a operacionalizar os objetivos e tomar decisões estratégicas sobre: metodologia, logística, infraestrutura, público alvo, definição de locais, horários e conteúdo;
- IX. Selecionar os procedimentos de avaliação adequados para mensuração quantitativa e qualitativa dos resultados, validando o aprendizado;
- X. Viabilizar esquema adequado que envolva cooperação de toda a liderança, na seleção de necessidades, elaboração do programa e estabelecimento de cronograma que atenda a disponibilidades de horários e inclusão de todos os funcionários;



- XI. Disponibilizar informações diversas via Intranet e Internet, como recurso instrucional, de esclarecimento e de divulgação de programação de treinamentos, cursos e demais eventos de interesse;
- XII. Viabilizar condições que facilitem a participação dos funcionários em eventos de interesse, externo à instituição, e colocar recurso que possibilitem a realização de cursos no âmbito interno da instituição organizado por empresas especializadas;
- XIII. Estimular os funcionários à constante necessidade de aprendizado, conduzindo-os ao auto desenvolvimento, com responsabilidade pelo projeto de seu próprio crescimento, como agente transformador e diretor de sua carreira e de sua vida;

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

- I. Observar rigorosamente as normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- II. Manter ações voltadas à prevenção e controle das infecções de pacientes internos e externos;
- III. Responsabilizar-se pela execução de ações sistemáticas e contínuas de vigilância epidemiológica e de monitorização, através de registro dos resultados;
- IV. Colaborar com os programas de educação e treinamento continuados objetivando a melhoria de processos e procedimentos, minimizando riscos e efeitos colaterais, mantendo interação contínua com demais serviços da instituição;
- V. Organizar e manter atualizados os manuais de normas, rotinas e procedimentos e sistematizar o processo de documentação e registros correspondentes aos procedimentos de controle de infecções, conforme legislação vigente;
- VI. Organizar e monitorar procedimentos correspondentes a: orientações aos pacientes; lavagem simples e antissepsia das mãos; biossegurança, limpeza e desinfecção institucional;
- VII. Organizar normas e procedimentos específicos às áreas críticas, detalhando precauções e rotinas de isolamento;
- VIII. Manter interação com laboratório de microbiologia e adotar condutas da CCIH para microrganismos multirresistentes;

OBS: Corresponde às competências gerais inerentes a todos os setores relacionados:



- IX. Colaborar com o serviço de Educação Continuada, contribuindo na seleção e elaboração dos programas educativos, acompanhamento e desenvolvimento de funcionários e estagiários, incentivando o crescimento pessoal e profissional;
- X. Aplicar e verificar a aplicação de todas as medidas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- XI. Nortear a equipe para conscientização e adoção de postura ética no ambiente de trabalho;
- XII. Utilizar apropriadamente os canais de comunicação horizontal e vertical;
- XIII. Manter criteriosamente os registros estatísticos e demais anotações necessárias à geração de dados e informações ao monitoramento do desempenho setorial, ações de âmbitos decisórios e elaboração de relatórios.

Das Categorias Profissionais

Direção De Enfermagem

- I. Diploma de graduação registrado no COREN;
- II. Formação complementar em Administração e Gerenciamento Hospitalar Geral ou Específico;
- III. Experiência profissional mínima de cinco anos;
- IV. Capacidade organizacional com visão sistêmica e relacionamento interdepartamental positivo;
- V. Habilidade como articulador entre a alta direção e equipe de trabalho;
- VI. Conhecimento dos sistemas de qualidade e controle de orçamentos e custos;
- VII. Habilidade para estabelecer as metas e objetivos da Divisão de Enfermagem, voltados a resultados;
- VIII. Capacidade de definir e sustentar uma filosofia de trabalho alicerçada na visão holística da enfermagem;
- IX. Habilidade de priorizar o crescimento pessoal e profissional da equipe de trabalho, tendo suas ações norteadas pelo conhecimento técnico-científico;
- X. Desenvolvimento profissional, liderança compartilhada; visão pré-ativa; Comportamento não arbitrário; facilidade em motivar, fornecer e obter cooperação de todas as pessoas envolvidas no processo de trabalho.



Enfermeiro Assistencial

- I. Diploma de graduação registrado no COREN;
- II. Competências, habilidades e conhecimentos técnico-científicos que o capacitem a planejar, coordenar, supervisionar e monitorar as atividades de enfermagem da unidade sob sua responsabilidade;
- III. Capacidade de liderança para harmonizar e obter o comprometimento da equipe no alcance das metas e resultados da unidade em consonância à filosofia de trabalho.

Técnico De Enfermagem

- I. Certificado de conclusão de curso registrado no COREN, de acordo com especificação da categoria profissional;
- II. Capacidade em assegurar ao paciente uma assistência integrada, procurando atendê-lo satisfatoriamente em todas as suas necessidades;
- III. Habilidade em relacionar-se harmoniosamente com toda equipe de trabalho, dispondo-se a receber e oferecer cooperação sempre que necessário, sentindo-se co-responsável pela qualidade do atendimento e pelos resultados desejados;
- IV. Conhecimento para oferecer contribuições positivas para aprimoramento das técnicas, procedimentos e processos do trabalho em geral.

COMPETÊNCIAS DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Gestor De Enfermagem

- I. Estruturar, organizar, coordenar e dirigir todas as ações da Gerencia Operacional de Enfermagem, apresentando estratégias inovadoras, assegurando a qualidade assistencial e mantendo atualizados os sistemas de qualidade.
- II. Desenvolver estratégias e planos de ação, a curto, médio e longo prazo, estabelecendo um Planejamento Estratégico que focalize a identificação e o desenvolvimento de lideranças; atenção centrada no paciente, informação, análise e resultados;
- III. Criar diretrizes básicas com objetivos e metas da Gerencia de Enfermagem de Enfermagem e cada um de seus serviços, buscando sempre como diferencial a visão holística e a assistência humanizada, globalizada e personalizada;



- IV. Desenvolver um processo de aculturação entre a filosofia da unidade de saúde e gestão de Enfermagem, visando um alinhamento de propósitos no alcance dos objetivos e metas institucionais;
- V. Prover à assistência globalizada, individualizada e humanizada de enfermagem ao paciente e sua família, através da valorização, especialização, interação e aprimoramento da equipe, bem como a utilização racional de procedimentos, normas, processos e tratamentos específicos da enfermagem, num contexto multiprofissional;
- VI. Promover e facilitar relacionamento favorável entre todo o pessoal da área da enfermagem, articulando o seu envolvimento com a missão, visão e comprometimento com a qualidade, objetivos e metas institucionais;
- VII. Colaborar e oferecer contribuições nos projetos de atualizações e aperfeiçoamento técnico administrativo, apresentando inovações viáveis de implantação e desenvolvimento;
- VIII. Interesse por manter-se sempre atualizado no seu campo de atividade, investindo tempo no conhecimento, aprimoramento e difusão de novos projetos científicos e tecnológicos;
- IX. Interesse contínuo em estimular e apoiar o desenvolvimento pessoal e profissional dos funcionários, atendendo as suas expectativas e potencialidades;
- X. Elaborar orçamento anual prevendo recursos humanos, materiais e equipamentos, definindo prioridades que visem possibilitar e assegurar a qualidade assistencial ao paciente, bem como avaliar sistematicamente a relação custo-benefício envolvida em todo o processo operacional.

Competências complementares

- I. Visitar sistematicamente todas as áreas de enfermagem sob sua responsabilidade, reforçando a interação com os integrantes da equipe e, sempre que possível, visitar pacientes, especialmente os mais graves e que requerem cuidados especializados;
- II. Aplicar instrumentos adequados para mensurar o padrão de atendimento dos serviços e unidades (mensuradores de desempenho), com vistas a obter a maior quantidade possível de informações para identificar e analisar alterações necessárias aos processos que não estejam em conformidade com as práticas gerenciais;
- III. Promover a divulgação e educação da regulamentação do exercício profissional, estando receptivo a entender novas exigências legais, do Conselho Federal e Regional da categoria;



- IV. Colaborar no cumprimento da missão social da instituição, abrindo espaço para estagiários, respeitando a especialização ou preferência do profissional, sempre que possível;
- V. Verificar a aplicação de medidas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção hospitalar;
- VI. Zelar pelo cumprimento de ética e preservação de dados confidenciais, inteirando-se de todos os problemas que possam ocorrer, através da Comissão Ética de Enfermagem;
- VII. Observar para que cada serviço tenha seu manual interno próprio bem como manual de normas, processos e procedimentos específicos da área;
- VIII. Convocar e coordenar reuniões sempre que necessário, apresentando disponibilidade para participar de reuniões quando convocada ou convidada;
- IX. Cumprir e zelar pelo cumprimento do estatuto da instituição, Regimento Interno do Serviço de Enfermagem e demais normas e regulamentos vigentes;
- X. Elaborar e apresentar à Diretoria Médica de Departamento relatório mensal de atividades técnico-administrativas e estatísticas do movimento dos serviços de sua área.

Enfermeiro Da Unidade

- I. Dirigir a unidade de trabalho sob sua responsabilidade, com competência técnica e embasamento científico, visando o alcance dos objetivos propostos pelo serviço;
- II. Planejar, organizar e distribuir a equipe de enfermagem para prestar atendimento individualizado e sequencial, em atendimento às condições do paciente e qualificação profissional de cada funcionário;
- III. Observar e conscientizar toda a equipe para o uso e observância das precauções padrão;
- IV. Atender às necessidades médicas, inteirando-se de todas as ocorrências e necessidades dos pacientes, com o objetivo de prestar uma melhor assistência;
- V. Trabalhar a Sistematização da assistência de enfermagem, envolvendo os quatro turnos de trabalho;
- VI. Elaborar a escala de folga e férias para à equipe de sua área, observando o melhor funcionamento às necessidades da instituição;
- VII. Comunicar-se de forma clara e objetiva com à equipe de trabalho, criando um clima de respeito e cordialidade;
- VIII. Ter habilidade para trabalhar em parceria com equipe multidisciplinar e multiprofissional;
- IX. Ter habilidade para coordenar e avaliar à assistência de enfermagem prestada pela equipe, objetivando a qualidade do atendimento e zelando pelo cumprimento da ética;



- X. Apresentar comprometimento com metas e objetivos da enfermagem, cooperando com a gestão de enfermagem e enfermeiros coordenadores dos serviços, em todos os empreendimentos planejados, sugerindo inovações e mudanças que julgar oportunas e convenientes.

Competências Complementares

- I. Observar a manutenção, preservação e controle de todos os equipamentos, instrumentos, instalações, materiais e medicamentos disponíveis para atendimento aos pacientes;
- II. Providenciar eventuais necessidades de manutenções, junto aos serviços competentes;
- III. Registrar e compilar dados para efeito de: controle, estatística e elaboração de relatórios;
- IV. Avaliar e ser receptivo à avaliação periódica de desempenho, oferecendo e recebendo "Feedback" constante;
- V. Cumprir e fazer cumprir todas as normas, diretrizes e procedimentos técnicos do serviço e da unidade de saúde;
- VI. Manter-se atualizado no campo de sua atividade, interessando-se por inovações técnicas e pesquisas científicas;
- VII. Participar dos programas de educação continuada, incentivando e valorizando o aprendizado e desenvolvimento contínuo.

Técnico De Enfermagem

- I. Participar da programação da assistência de enfermagem;
- II. Prestar assistência integrada e globalizada aos pacientes proporcionando-lhes segurança, procurando atender satisfatoriamente a todas as suas necessidades;
- III. Receber e passar o plantão em equipe e tomar conhecimento de todas as ocorrências;
- IV. Executar criteriosamente as prescrições médicas e anotar cuidados prestados e alterações apresentadas no prontuário do paciente;
- V. Atender às chamadas dos pacientes, comunicando as intercorrências ao Enfermeiro da seção;
- VI. Auxiliar o médico e executar cuidados de Enfermagem aos pacientes sob sua responsabilidade;
- VII. Manter relacionamento harmonioso cooperando com colegas e toda equipe de trabalho;
- VIII. Auxiliar os demais profissionais da equipe na prestação de cuidados aos pacientes;



- IX. Administrar medicamentos por via oral e parenteral, eximindo-se da aplicação de medicamentos que causem efeitos colaterais preocupantes, e as interações medicamentosas, que exigem conhecimentos específicos e intervenções imediatas em casos de alterações;
- X. Estar apto a executar controle de sinais vitais, peso, balanço hídrico e demais procedimentos referentes a curativos, inalação, nebulização, cuidados pré, trans e pós-operatório, aplicação de calor ou frio e outros, quando designados e sob a supervisão do enfermeiro;
- XI. Manter relacionamento cordial e cooperativo com toda equipe de trabalho;
- XII. Transportar pacientes para exames e cirurgias;
- XIII. Realizar mudanças de decúbito, movimentação e massagem de conforto ao paciente acamado.
- XIV. Comunicar ao enfermeiro da unidade qualquer alteração no estado do paciente;
- XV. Efetuar anotações de todos os procedimentos, observações e cuidados de enfermagem nos respectivos prontuários;
- XVI. Manter observações frequentes dos pacientes, observando todas as intercorrências existentes;
- XVII. Zelar pelo cumprimento da Ética e preservação de dados confidenciais.

Competências Complementares

- I. Interessar-se em participar nos programas de educação, treinamento e desenvolvimento profissional;
- II. Verificar o funcionamento das instalações da unidade do paciente, comunicando os reparos necessários junto à chefia imediata;
- III. Colaborar no controle de materiais, medicamentos e equipamentos, visando o funcionamento ininterrupto da unidade;
- IV. Colaborar na prevenção e controle de infecção Hospitalar;
- V. Efetuar registros, facilitando controles e estatísticas da unidade;
- VI. Utilizar adequadamente equipamentos e materiais, contribuindo para evitar desperdícios;
- VII. Zelar pela manutenção de equipamentos e preparar instrumentais para esterilização;
- VIII. Cooperar em todos os sentidos para o bom andamento da unidade e participar das reuniões quando convocado;



DISPOSIÇÕES GERAIS

- I. Todos os colaboradores deverão apresentar-se ao trabalho no horário estipulado, conforme escala, devidamente uniformizados e com aparência agradável, relacionando-se com cortesia e gentilmente com os colegas de trabalho e pacientes. Os colaboradores deverão portar o crachá de identificação fixado em local visível que permita sua identificação por parte do paciente;
- II. Devem manter conduta profissional irrepreensível, através de comportamento ético, sempre auxiliando o paciente e os colegas de trabalho em suas necessidades;
- III. Os colaboradores do serviço de enfermagem não poderão receber pagamentos de pacientes, responsáveis ou familiares por qualquer procedimento efetuado;

OBS: Sempre que concorrer para o bom andamento do serviço, a Gestão de Enfermagem poderá resolver questões não previstas neste regimento.

CRONOGRAMA

Comissão De Ética Em Enfermagem																									
ATIVIDADE	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Implantação da Comissão	x												x												
Reunião		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fiscalizar o desempenho ético em enfermagem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Diagnóstico das demandas para a CEE	x	x											x	x											
Elaboração de propostas de melhoria na qualidade no atendimento prestado aos usuários	x					x							x					x							
Elaboração de relatório das atividades realizadas para o COREN e direção				x				x				x				x				x					x



5.7.3.6 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos além de promoção do uso adequado dos mesmos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da unidade de saúde.

PERFIL DOS MEMBROS

A composição mínima da comissão deverá ser de quatro membros, sendo membros natos:

1. Farmacêutico
2. Médico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
3. Enfermeiro

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Direção da unidade de saúde.

Além dos profissionais acima, recomenda-se que a Direção da unidade de saúde disponibilize pelo menos uma pessoa de apoio administrativo para a CFT.

FREQUÊNCIA E CONTROLE

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade da unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo realizada, no mínimo, uma reunião mensal.

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 e sanções pertinentes.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, por seus critérios, poderão realizar a reunião. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma



forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia. 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 cópia da ata para a Gerência Médica.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela Gerência Médica, pelo presidente ou vice-presidente.

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma instância colegiada, multiprofissional, de natureza consultiva, deliberativa e educativa, de caráter permanente e de assessoria à Direção Clínica da unidade de saúde, responsável pela elaboração da Relação de Medicamentos (REME) desta Unidade e promover o uso racional de medicamentos.

Art. 2º A CFT tem por finalidade assessorar a Direção Clínica da unidade de saúde e auxiliar na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e demais tecnologias em saúde, por meio de seleção e padronização destes, do estabelecimento de critérios para seu uso e avaliação dos itens selecionados.

Art. 3º A CFT ficará imediatamente subordinada à Direção Clínica da unidade de saúde.

DOS OBJETIVOS

Art. 4º São objetivos da CFT:

- I - Elaborar a padronização de medicamentos;
- II - Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
- III - Aprovar ou reprovar a inclusão, exclusão ou alteração de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por solicitação externa mediante preenchimento de formulário específico (Apêndice I);



- IV - Colaborar e participar das atividades de educação permanente da equipe de saúde;
- V- Promover estudos de utilização de medicamentos e insumos e farmacoeconomia, a fim de analisar o impacto econômico destes produtos ao Hospital;
- VI - Auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito hospitalar;
- VII - Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- VIII - Promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/OPAS/ANVISA;
- IX - Elaborar um Guia Farmacoterapêutico a ser divulgado nos espaços de assistência, com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;
- X - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A CFT é composta pelos seguintes membros:

- I - Representante da Direção Geral;
- II - Representante da Farmácia Hospitalar;
- III - Representante da equipe Médica;
- IV - Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- V - Representante da equipe de Enfermagem;
- VI - Representante da Administração/Setor Compras.

§1º O representante da Direção Geral será designado como presidente desta comissão.

§2º O mandato dos membros será de 2 (dois) anos, podendo ser renovável por mais um mandato de 2 (dois) anos, conforme definição da Direção.

§3º Todos os integrantes da Comissão e demais participantes deverão preencher o Termo de Isenção de Conflito de Interesses (Apêndice III), declarando que não tem interesse econômico e/ou pessoal em relação a nenhum fabricante/distribuidor de medicamentos e demais tecnologias em saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal, que deverá ser avaliado pela CFT para aprovar sua participação.



§5º Caso a CFT avalie a existência de conflitos de interesse que possam influenciar suas recomendações, a permanência ou entrada de um novo integrante na Comissão poderá ser impedida.

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art.6º Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário previamente definidos e informados, sendo realizada, no mínimo, uma reunião mensal.

Art.7º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativas ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativas durante 12 (doze) meses gera sua exclusão automática e sanções pertinentes.

Art.8º As reuniões deverão ter início no máximo 30 minutos depois do horário estipulado com pelo menos metade dos membros presentes.

Art.9º Na impossibilidade de participação do presidente ou do vice-presidente, os membros da comissão poderão indicar um de seus integrantes para presidir a reunião.

Art.10º As decisões da comissão serão tomadas após aprovação por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Parágrafo Único. Havendo empate na votação, caberá ao presidente o voto de minerva.

Art.11º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em reunião prévia.

Art.12º 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 e decisões tomadas.

Parágrafo Único. Uma cópia da ATA deverá ser encaminhada para a Direção Clínica.



Art.13º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art.14º Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela Direção Geral ou por pelo menos dois terços dos membros da comissão.

DAS COMPETÊNCIAS

Art.15º Compete ao presidente da comissão:

- I. Construir grupos Técnicos de Trabalho e de Apoio;
- II. Representar a CFT em suas relações internas e externas;
- III. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- IV. Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;
- V. Promover a convocação das reuniões;
- VI. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- VII. designar membros executivos da CFT para emissão de pareceres técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos da Comissão;
- VIII. aprovar "ad referendum", nos casos de manifesta urgência.

Art.16º Compete ao secretário da comissão:

- I. Acompanhar as reuniões do Colegiado;
- II. Assistir ao Presidente e aos representantes da CFT;
- III. Oferecer condições técnico-administrativas;
- IV. Registrar em ata as resoluções da Comissão;
- V. Encaminhar as solicitações recebidas aos membros da CFT para análise prévia às reuniões;
- VI. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- VII. Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
- VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;
- IX. Providenciar arquivo de documentos pertinentes;



- X. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

Art. 17º Compete aos membros da CFT:

- I. Atuar na escolha, análise crítica e utilização de estudos científicos que fundamentem a adequada seleção de medicamentos e tecnologias em saúde;
- II. Implantar ações visando à promoção do uso racional de medicamentos e tecnologias em saúde;
- III. Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos, observando normativas do Ministério da Saúde;
- IV. Estabelecer normas para prescrição, dispensação, distribuição, administração, utilização e avaliação dos medicamentos e tecnologias em saúde selecionados;
- V. Avaliar e estabelecer critérios para prescrição e uso de medicamentos e tecnologias em saúde não selecionados, eventualmente prescritos;
- VI. Utilizar técnicas de farmacoeconomia para a avaliação dos medicamentos e outras tecnologias em saúde;
- VII. Acompanhar a documentação sobre reação adversa dos medicamentos selecionados, propondo critérios de segurança sempre que necessário;
- VIII. Participar da definição de critérios que disciplinem a divulgação de medicamentos e tecnologias em saúde no ambiente hospitalar;
- IX. Garantir a divulgação permanente da relação de medicamentos selecionados e das tecnologias em saúde, destacando sempre as atualizações da relação promovidas pela Comissão;
- X. Estimular a realização de estudos de utilização de medicamentos e a implantação de programas de farmacovigilância e tecnovigilância;
- XI. Utilizar indicadores epidemiológicos como critério do processo decisório de seleção de medicamentos e tecnologias em saúde;
- XII. Zelar pela adesão e cumprimento da seleção de medicamentos e tecnologias em saúde;
- XIII. Participar da elaboração do guia farmacoterapêutico.

DOS CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU ALTERAÇÃO

Art.18º A seleção de medicamentos terá como referência a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) da prefeitura do Rio de Janeiro Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do Estado do Rio de Janeiro, bom como os Protocolos Clínicos e Diretrizes



Terapêuticas do Ministério da Saúde, evidências científicas e Diretrizes das Sociedades Médicas Brasileiras e Internacionais, como referências para a seleção de medicamentos e demais tecnologias em saúde.

§1º - Para atender ao disposto no caput deste artigo, a CFT deverá observar os seguintes critérios para a seleção de medicamentos:

- I. Registro no país, em conformidade com a legislação sanitária;
- II. Necessidade segundo aspectos epidemiológicos;
- III. Valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência científica em seres humanos, destacando segurança, eficácia e efetividade, como algoritmo de escolha (fluxograma) de tratamento definido.
- IV. Composição com única substância ativa, admitindo-se, apenas em casos especiais, associações em doses fixas;
- V. Princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, pela Denominação Comum Internacional (DCI);
- VI. Possuam informações suficientes referentes às suas características farmacocinéticas, farmacotécnicas e farmacodinâmicas;
- VII. Preferencialmente, estar disponível no mercado nacional;
- VIII. Tenham menor custo de aquisição, armazenagem, distribuição e controle;
- IX. Tenham menor custo no tratamento/dia e custo total de tratamento, resguardadas sua segurança, eficácia, qualidade e disponibilidade orçamentária; e
- X. Apresentem concentrações e formas farmacêuticas, esquema posológico e apresentações, que atendam a maioria dos pacientes, considerando:
 - a) comodidade para administração aos pacientes;
 - b) diferentes faixas etárias;
 - c) facilidade para cálculo da dose a ser administrada;
 - d) facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses; e
 - e) perfil de estabilidade mais adequado às condições de estocagem e uso.

§2º - A seleção de antimicrobianos deverá ser realizada em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.



§3º - A seleção de medicamentos não deve contemplar medicamentos em fase de estudo, mesmo em unidades em que se desenvolva pesquisa farmacológica.

§4º - A padronização oriunda da seleção de medicamentos passará por revisão, minimamente a cada seis meses ou quando necessário.

§5º - A solicitação de inclusão/substituição e exclusão de medicamentos na padronização deverá ser feita através de Formulário específico (Apêndice I).

Art.19º A inclusão de medicamentos e demais tecnologias em saúde devem observar, minimamente, os seguintes critérios:

- I. Registro na ANVISA, quando aplicável;
- II. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e perfil de segurança;
- III. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas, exceto quando os ensaios clínicos justificarem o uso concomitante e o efeito terapêutico da associação for maior do que a soma dos produtos dos efeitos individuais;
- IV. Denominação do princípio ativo, preferencialmente, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na falta desta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
- V. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;
- VI. Estabilidade em condições de estocagem, uso e facilidade de armazenamento;
- VII. Preferência de medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
- VIII. Estar disponível no mercado nacional;
- IX. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade e favoreçam a segurança para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação de doses; e
- X. Priorizar as apresentações que contemplem maiores possibilidades de aproveitamento dos medicamentos.



Art.20 - A exclusão de medicamentos da REME deverá seguir critérios técnicos e ocorrer sempre que houver:

- I. Desvantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos no mercado;
- II. Não apresentar demanda justificável durante os últimos doze meses;
- III. Medicamentos que tiveram sua comercialização suspensa por órgão competente (nacional ou internacional) ou que os riscos da utilização excedam os benefícios;
- IV. Medicamentos que, em pesquisa interna de farmacovigilância, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência de reações adversas em pacientes; e
- V. Fármacos com comprovada toxicidade e/ou ineficácia.

Art.21º Sempre que possível, a CFT deverá manter mais de um fármaco por classe terapêutica, a fim de beneficiar pacientes que tenham incompatibilidade com a linha principal de tratamento, bem como possuir alternativas terapêuticas para o caso de indisponibilidade do fármaco de primeira escolha ou por práticas de mercado lesivas ao interesse público.

Art.22º O modelo do parecer técnico emitido pela CFT encontra-se definido no Apêndice II.

DAS SOLICITAÇÕES E DECISÕES

Art.23º As solicitações de inclusão, exclusão ou alteração da forma farmacêutica de medicamentos, da relação de medicamentos padronizados deverão ser encaminhadas à CFT, por meio da coordenação das respectivas áreas, em formulário próprio (Apêndice I) e acompanhado da documentação técnico-científica:

- I. A documentação técnico-científica deverá conter pelo menos dois estudos publicados em periódicos de prestígio;
- II. Cabe ao solicitante apresentar estimativa de consumo mensal do medicamento solicitado para a indicação proposta;
- III. As solicitações incompletas não serão analisadas, devendo retornar ao solicitante;
- IV. As decisões da CFT entram em vigor após homologação do presidente desta comissão. No entanto, a disponibilização do medicamento na unidade ficará consignada à disponibilidade de recursos financeiros; e



- V. As solicitações serão analisadas em um intervalo de uma reunião para a outra, ou em regime de urgência, caso necessário.

Parágrafo Único: A reunião de urgência que trata inciso VI deverá ser convocada pela presidência da comissão.

Art.24º A CFT poderá organizar oficinas de trabalho e eventos a fim de promover a educação continuada.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.25º Os casos omissos, não previstos no presente Regimento, serão objeto de discussão e deliberação dos membros da CFT.

Art.26º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adequação às novas normas legislativas pertinentes ao assunto. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art.27º O presente regimento entrará em vigor na data da sua publicação.



APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Medicamento (nome genérico): _____

Forma Farmacêutica: _____ Concentração: _____

Apresentação: _____

Uso: adulto pediátrico

Via de Administração: _____

Posologia: _____

Indicação

Terapêutica: _____

Previsão de Consumo: _____

Obs.: A previsão de consumo é apenas uma estimativa baseada na demanda atual do serviço e poderá ser ajustada posteriormente se necessário. A farmácia hospitalar vai adquirir o produto padronizado conforme esta previsão inicial, seguindo os trâmites normais de aquisição e avaliar o uso posteriormente.

Consta na última edição do RENAME? () Sim () Não

Integra o elenco de algum programa governamental? () Sim () Não

Há protocolo de uso Institucional? () Sim () Não

Existem outros medicamentos da mesma classe terapêutica, já padronizados? Quais?

Justifique qual a vantagem sobre o já existente:

Caso o parecer seja favorável à padronização, o medicamento da mesma classe, atualmente disponível, poderia ser despadronizado? () Sim () Não. Justifique:



Justificativa técnica/econômica para inclusão e evidências científicas (anexar referências bibliográficas e marcar justificativas no texto).

Solicitante:

Chefe da divisão/gerente:

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo



APÊNDICE II

PARECER TÉCNICO DA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Encaminhado UAF em: ____/____/____ Recebido por: _____

UNIDADE DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (UAF)

Laboratório: _____ Apresentação Disponível: _____

Preço Aproximado (Bando de Preços/CMED): _____

Registrados na ANVISA: Sim Não

Obs.: _____

Medicamento Disponível no SUS: () Sim () Não

Esfera: () Municipal () Estadual () Federal

Encaminhado ao Setor Administrativo em: ____/____/____

Recebido por: _____

ADMINISTRAÇÃO

Medicamento Ressarcível SUS: () Sim () Não

() Ambulatorial () Internado Valor: _____

Nº do Procedimento(s): _____

Encaminhado à CFT em: ____/____/____

Recebido por: _____

CFT

Decisão da CFT: Solicitação Deferida Solicitação Indeferida

Data: ____/____/____

Justificativa da CFT em caso de Indeferimento:

(Assinatura do presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT)

OBS.: Anexar o parecer da CFT (redigido) e demais pareceres quando aplicável

IGEDES - Instituto de Gestão e Desenvolvimento | CNPJ: 05.696.218/0001-46

Avenida das Américas, 3500 - Bloco 7, SI 704 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro-RJ | CEP: 22640-102
Tel. (21) 3598-2371 / 3598-237 ofícios@igedes.org.br

1678



APÊNDICE III
TERMO DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Nome: _____

Cargo: _____

Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra ordem em empresa farmacêutica ou de equipamentos para a saúde, o qual possa constituir potencial conflito de interesses? Sim () Não ()

Você teve, nos últimos 4 anos, emprego ou outra relação profissional com empresa farmacêutica ou distribuidora de medicamentos? Sim () Não ()

Se você respondeu "sim" a alguma das questões, dê, por favor, detalhes a seguir.

Tipo de vínculo/ relacionamento (patentes, empregos, brindes, pagamentos, consultorias, palestras): _____

Nome da empresa: _____

Pertence a você, sua família ou grupo de trabalho? _____

O interesse é vigente no momento atual? Sim () Não ()

Se "não", quando cessou o interesse?

Existe algum outro fato que possa afetar sua objetividade e independência nas decisões tomadas pela CFT?

Declaro que as informações acima são corretas e que não há qualquer outra situação que represente real, potencial ou aparente conflito de interesses por mim conhecida. Declaro que informarei se houver qualquer mudança nessas circunstâncias.

Nome: _____

Data: _____

Assinatura: _____

CRONOGRAMA

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)																								
ATIVIDADE	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Implantação da Comissão	x												x											
Reunião		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Padronização de medicamentos						x												x						
Aprovação de inclusão e exclusão de medicamentos padronizados					x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
Criar critérios para aquisição de medicamentos não padronizados					x													x						
Revisar normas de prescrição					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x



5.7.3.7 COMISSÃO DE SEGURANÇA HOSPITALAR

A segurança em um ambiente hospitalar é um pilar fundamental para garantir a qualidade do atendimento, o bem-estar dos pacientes e a proteção do patrimônio. Uma Comissão de Segurança Hospitalar bem estruturada é essencial para identificar, avaliar e mitigar riscos em diversas áreas.

OBJETIVO GERAL:

Garantir a segurança integral do hospital, abrangendo pacientes, funcionários, visitantes, patrimônio e informações, através da implementação de políticas, protocolos e ações preventivas e corretivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Segurança Tecnológica:
- Proteger os sistemas de informação contra acessos não autorizados, vírus e outras ameaças cibernéticas.
- Garantir a disponibilidade e integridade dos dados dos pacientes e da instituição.
- Implementar e monitorar políticas de segurança da informação.
- Segurança Patrimonial:
- Prevenir e coibir furtos, roubos e outros atos de vandalismo.
- Controlar o acesso de pessoas e veículos às dependências do hospital.
- Garantir a segurança das instalações físicas e equipamentos.
- Segurança do Paciente:
- Reduzir o risco de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.
- Implementar protocolos de identificação, prevenção e notificação de incidentes.
- Promover a cultura de segurança entre os profissionais de saúde.
- Segurança de Dados:
- Proteger os dados sensíveis dos pacientes, seguindo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).
- Garantir que todos os funcionários estejam adequadamente treinados.
- Garantir que todos os dados sejam criptografados e armazenados de forma segura.



Estrutura da Comissão:

A Comissão de Segurança Hospitalar será composta por representantes dos seguintes setores:

- Direção do Hospital
- Serviço de Engenharia Clínica
- Serviço de Tecnologia da Informação
- Serviço de Segurança Patrimonial
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Departamento jurídico.

Atribuições da Comissão:

- Elaborar e revisar políticas e protocolos de segurança.
- Realizar auditorias e inspeções periódicas.
- Analisar e investigar incidentes de segurança.
- Propor medidas preventivas e corretivas.
- Promover treinamentos e campanhas de conscientização.
- Monitorar indicadores de desempenho.
- Garantir a segurança dos dados seguindo os parâmetros da LGPD.

Plano de Ação:

- Diagnóstico: Realizar um diagnóstico da situação atual de segurança do hospital, identificando os principais riscos e vulnerabilidades.
- Planejamento: Elaborar um plano de ação detalhado, com metas, prazos e responsáveis.
- Implementação: Implementar as ações planejadas, com o apoio de todos os setores envolvidos.
- Monitoramento: Monitorar os indicadores de desempenho e realizar ajustes no plano de ação, quando necessário.
- Avaliação: Avaliar periodicamente a eficácia das ações implementadas e propor melhorias contínuas.
- Treinamento: Promover treinamento regular para todos os funcionários sobre segurança de dados e a LGPD.



Indicadores de Desempenho:

- Número de incidentes de segurança por setor.
- Taxa de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.
- Índice de satisfação dos pacientes e funcionários com a segurança do hospital.
- Número de falhas na segurança de dados.
- Tempo de resposta a falhas de segurança de dados.
- Percentual de funcionários treinados sobre LGPD.
- Considerações Finais:

A Comissão de Segurança Hospitalar é um órgão multidisciplinar que exige o comprometimento de todos os setores do hospital. Através de um trabalho integrado e contínuo, será possível garantir um ambiente seguro e acolhedor para pacientes, funcionários e visitantes.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE SEGURANÇA HOSPITALAR

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Comissão de Segurança Hospitalar (CSH) é um órgão colegiado consultivo e deliberativo, com o objetivo de garantir a segurança integral do hospital, abrangendo pacientes, funcionários, visitantes, patrimônio e informações.

Art. 2º A CSH reger-se-á por este Regimento Interno e pelas demais normas e legislações aplicáveis.

CAPÍTULO II COMPOSIÇÃO E COMPETÊNCIAS

Art. 3º A CSH será composta por representantes dos seguintes setores:

- Direção do Hospital
- Serviço de Engenharia Clínica
- Serviço de Tecnologia da Informação



- Serviço de Segurança Patrimonial
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Departamento Jurídico

Art. 4º A CSH terá as seguintes competências:

- Elaborar e revisar políticas e protocolos de segurança.
- Realizar auditorias e inspeções periódicas.
- Analisar e investigar incidentes de segurança.
- Propor medidas preventivas e corretivas.
- Promover treinamentos e campanhas de conscientização.
- Monitorar indicadores de desempenho.
- garantir a segurança dos dados seguindo os parâmetros da LGPD.

CAPÍTULO III FUNCIONAMENTO

Art. 5º A CSH reunir-se-á ordinariamente a cada mês e extraordinariamente quando convocado pelo presidente ou por solicitação da maioria dos membros.

Art. 6º As reuniões da CSH serão secretariadas por um dos seus membros, designado pelo presidente.

Art. 7º As decisões da CSH serão tomadas por maioria simples dos votos dos membros presentes, cabendo ao presidente o voto de desempate.

Art. 8º As atas das reuniões da CSH serão elaboradas e distribuídas a todos os membros.

CAPÍTULO IV DO PRESIDENTE

Art. 9º O presidente da CSH será eleito pelos seus membros, com mandato de um ano, permitida a reeleição.



Art. 10º Compete ao presidente:

Convocar e presidir as reuniões da CSH.
Representar a CSH perante a direção do hospital.
Coordenar a elaboração do plano de ação da CSH.
Monitorar o cumprimento das decisões da CSH.

CAPÍTULO V DOS MEMBROS

Art. 11º Compete aos membros da CSH:

- Participar das reuniões da CSH.
- Contribuir para a elaboração e implementação das políticas e protocolos de segurança.
- Colaborar na investigação de incidentes de segurança.
- Divulgar as informações e decisões da CSH em seus respectivos setores.

CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12º Este Regimento Interno poderá ser alterado por proposta de qualquer membro da CSH, aprovada por maioria simples dos votos.

Art. 13º Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pela CSH.

CRONOGRAMA

COMISSÃO DE SEGURANÇA HOSPITALAR																								
ATIVIDADE	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Reuniões	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Revisão do progresso do diagnóstico, discussão de prioridades	x					x					x					x						x		
Auditorias e inspeções periódicas	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
Capacitação e Treinamento		x				x				x				x				x				x		
Elaboração dos relatórios de diagnóstico por setor	x					x							x						x					
Análise e investigação de incidentes de segurança		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x				
Elaboração de protocolos de segurança, priorizando segurança de dados (LGPD).	x						x						x							x				



5.7.3.8 NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NVE)

A Núcleo de Vigilância de Epidemiologia (NVE) está apoiada na Portaria nº 2529 (23/11/04) que instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. A CVE é o setor responsável pelo planejamento e execução das ações de Epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória e outros fatos de interesse para a saúde pública, ou seja, é o serviço do hospital responsável pela vigilância permanente dos problemas de saúde que podem pôr em risco a saúde da população.

O NVE também realiza a Epidemiologia Hospitalar, que é a coleta, análise e interpretação continuada e sistemática de dados de saúde do hospital essenciais para o planejamento, implementação de práticas integradas à disseminação desta informação em tempo adequado aos que precisam conhecê-la. Têm como principal objetivo a vigilância das doenças de notificação compulsória (DNC).

As DNC são assim designadas por constarem da Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (DNC) em âmbito mundial, nacional, estadual e municipal. São doenças cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causar surtos e epidemias exigem medidas eficazes para a sua prevenção e controle.

A CVE acompanha o perfil de morbimortalidade da população atendida, o que possibilita apoiar o planejamento do Serviço e do Sistema de Saúde. Conhecer as DNC é primordial para o desencadeamento das ações de controle.

A CVE participa do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar (SNVEAH)), segundo a Portaria no 2.529 de 23 de novembro de 2004, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

A CVE pode desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de acordo com as necessidades loco-regionais.

O ambiente hospitalar é uma fonte importante para a notificação de DNC e outros agravos de interesse para a Saúde Pública, pois presta atendimento na maioria dos casos destas doenças. Os pacientes com doenças de manifestações graves, em especial as emergentes, geralmente tem o hospital como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). A informação de agravos de notificação imediata, às unidades de saúde, possibilita a implementação de medidas de controle junto à população e a interrupção da cadeia de transmissão dessas doenças.



MEMBROS COMPONENTES

Será composta por médicos, enfermeiros e farmacêuticos e representantes do laboratório/coleta, formalmente designados e nomeados pela gestão da unidade.

OBJETIVOS E CRONOGRAMA PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO

- Vigilância Epidemiológica das DNC, DANTS (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) e agravos inusitados;
- Elaboração de normas e rotinas técnico- operacionais, visando a detecção, prevenção e controle dessas doenças e agravos;
- Capacitação dos colaboradores, no que diz respeito a vigilância epidemiológica;
- Realizar notificação e investigação de: agravo inusitado à saúde e de surtos e suspeita de problema de saúde de notificação compulsória.

Frequência e Controle

Deverão ocorrer reuniões mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados a todos os membros da comissão. A ausência de um membro em 2 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 4 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do Presidente ou de seu Vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. 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. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela Direção da Unidade ou pelo Presidente ou Vice-presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria.

REGIMENTO INTERNO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NVE)

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE



Art. 1º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica da unidade de saúde é responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC) ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

Art. 2º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica da unidade de saúde, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas da unidade de saúde.

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar da unidade de saúde:

- I. Estudar e propor aos empregados da unidade de saúde medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;
- II. Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à administração;
- III. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;
- IV. Assegurar a implantação das medidas aprovadas;
- V. Orientar os processos de trabalho através da coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-atendimento, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;
- VI. Notificar e investigar as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- VII. Analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;
- VIII. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.



CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica da unidade de saúde será composto pelos membros abaixo elencados:

- I. Coordenador (a) do Núcleo;
- II. Enfermeiro (a);
- III. Médico (a);
- IV. Assistente administrativo.

§1º Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§2º A equipe deve ser multidisciplinar, dimensionada e estruturada conforme as necessidades da instituição, sendo os técnicos com formação superior ou média, com conhecimento em vigilância epidemiológica.

§3º A equipe técnico-administrativa deve ser formalmente designada pela Superintendência do hospital, cujo quantitativo e qualificação deverão estar de acordo com as atribuições do Núcleo.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º Compete a todos os membros do Núcleo:

- I. Elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro e ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos constantes nas Portarias nacionais, estaduais e municipais vigentes;
- II. Elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar;
- III. Notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória detectados no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);



- IV. Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes na Portaria vigente, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretária Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;
- V. Elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- VI. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;
- VII. Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;
- VIII. Validar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de internação por doença de notificação compulsória, conforme legislação vigente;
- IX. Promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;
- X. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos;
- XI. Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;
- XII. Realizar o monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos prioritários para o SNVS, de acordo com as prioridades definidas pela SVS/MS, com base na situação epidemiológica e na viabilidade operacional;
- XIII. Apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do SNVS;
- XIV. Alimentar periodicamente os sistemas oficiais de notificação, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);



- XV. Monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória encaminhados aos laboratórios do Hospital e conveniados e comunicar a equipe de saúde assistente do paciente e o resultado de exames, recomendando as medidas de precaução necessárias, conforme indicação.

Art. 6º Compete ao Coordenador do Núcleo:

- I. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- II. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;
- III. Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos pelo Núcleo;
- IV. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- V. Definir processo de trabalho junto à sua equipe;
- VI. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- VII. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
- VIII. Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;
- IX. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Núcleo;
- X. Representar o Núcleo junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;
- XI. Delegar atribuições aos demais membros do Núcleo;
- XII. Fazer cumprir este Regimento.

Art. 7º Compete ao (a) Enfermeiro (a) do Núcleo:

- I. Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-atendimento e ambulatório para a detecção de DNC;
- II. Notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo SINAN;
- III. Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela FMS;



- IV. Supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para o FMS semanalmente;
- V. Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;
- VI. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;
- VII. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- VIII. Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Prevenção e Isolamentos" em casos de notificação compulsória;
- IX. Desenvolver ações integradas com a CCIH, Direção de Enfermagem, Direção Médica, Direção Administrativa, Farmácia e Laboratório.

Art. 8º Compete ao (a) Médico (a) do Núcleo:

- I. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;
- II. Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- III. Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Prevenção e Isolamentos";
- IV. Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico da unidade de saúde;
- V. Desenvolver ações integradas com a CCIH, Direção de Enfermagem, Direção Médica, farmácia e Laboratório;
- VI. Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;
- VII. Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar;



- VIII. Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;
- IX. Promover a integração, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;
- X. Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

Art. 9º Compete ao Assistente administrativo do Núcleo:

- I. Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- II. Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
- III. Receber, encaminhar e arquivar processos, bem como, todas as atualizações pertinentes ao Núcleo;
- IV. Executar os serviços de digitação do Núcleo;
- V. Participar da organização de eventos;
- VI. Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- VII. Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;
- VIII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- IX. Conferir os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;
- X. Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 10º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 11º As reuniões do Núcleo serão realizadas com os membros nomeados, em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.



Parágrafo único. Em caso de impossibilidade de participação da reunião agendada, o membro deverá justificar no mesmo processo da convocação até o início da reunião.

Art. 12º As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 13º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 14º As deliberações do Núcleo serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

Art. 15º O funcionamento do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da unidade de saúde, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regimento, deve observar a legislação brasileira pertinente, o Estatuto e o Regimento Geral da unidade de saúde.

Parágrafo único. Assuntos referentes a normas e rotinas do Núcleo devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou pops).

Art. 16º Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 17º O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA																								
ATIVIDADE	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Implantação da Comissão	x												x											
Reuniões	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração de relatórios do serviço				x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração de indicadores		x																						
Implantação e monitoramento de indicadores			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração de POP's		x											x	x										x
Capacitação		x					x				x					x					x			



5.7.3.9 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT)

CIHDOTT é uma comissão intra-hospitalar formada por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem a finalidade de organizar no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Tipos de CIHDOTT

Conforme a Portaria de Consolidação nº 4/2017 foi estabelecido três tipos de CIHDOTT conforme nível de complexidade hospitalar:

- I. **CIHDOTT I:** estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;
- II. **CIHDOTT II:** estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano;
- III. **CIHDOTT III:** estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

Parágrafo Único. A criação das CIHDOTT será opcional para todos os demais hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos nos incisos deste artigo, e deverão ser classificadas pela CNCDO Estadual ou Regional.

Composição da CIHDOTT

- Mínimo de 3 membros sendo estes de nível superior;
- O coordenador deverá ser médico ou enfermeiro;
- Recomenda-se que a comissão seja composta por profissionais da equipe multidisciplinar: enfermeiro (a), psicólogo (a), assistente social e médico (a) e que se evite uma quantidade acima de seis membros na referida Comissão;



- O coordenador da CIHDOTT classificada como tipo III deverá ser obrigatoriamente um profissional médico (a);
- Nos hospitais com CIHDOTT's classificadas como tipos II e III, o Coordenador deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão.

São atribuições da CIHDOTT:

- I.** Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;
- II.** Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- III.** Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;
- IV.** Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;
- V.** Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;
- VI.** Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;
- VII.** Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;
- VIII.** Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;
- IX.** Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necrópsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;
- X.** Articular-se com as respectivas CNCDOS, OPOS e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- XI.** Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de



consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a lei nº 9.434, de 1997

REGIMENTO INTERNO DE COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT)

CAPÍTULO I DAS FINALIDADES

Art. 1º A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) da unidade de saúde, foi constituída pela Portaria nº 09 de 05 de Maio de 2014, publicada no Boletim de Serviço nº 01 de 12 de Maio de 2014, em cumprimento a Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005, do Ministério da Saúde, que determina a constituição desta Comissão em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

Art. 2º A CIHDOTT da unidade de saúde, nos termos do art. 14, inciso I, da Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, está classificada com CIHDOTT II.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 3º A CIHDOTT é instituída por ato formal da Superintendência da unidade de saúde, e está vinculada à Gerência de Atenção à Saúde.

Art. 4º A unidade de saúde deve prover área física constituída e equipamentos adequados para o funcionamento da CIHDOTT e definir carga horária dos membros da Comissão, conforme disposto na legislação vigente.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5º A CIHDOTT deverá organizar a instituição hospitalar para que seja possível:

I. detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;



- II. Viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;
- III. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital, a possibilidade de doação de córneas e outros tecidos;
- IV. Articular-se com a Central Estadual de Transplantes (CET), por meio da Organização de Procura de Órgãos (OPO), para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- V. Responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplante de órgãos e tecidos;
- VI. Articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação;
- VII. Capacitar, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e OPO, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos;
- VIII. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;
- IX. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;
- X. Manter o registro do número de óbitos ocorridos na instituição;
- XI. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadores em todo o processo de doação, no âmbito da instituição;
- XII. Articular-se com o Instituto de Medicina e Odontologia Legal (IMOL) e Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;
- XIII. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;
- XIV. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;



XV. Manter registros das intervenções e atividades diárias atualizados, bem como apresentar mensalmente, os relatórios à CET, conforme formulário específico;

XVI. Nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CNCDO das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII. Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se apliquem, inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e

XIX. Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante.

Art. 6º A CIHDOTT deverá informar à CET/OPO todas as alterações em sua composição.

Art. 7º O coordenador/presidente da CIHDOTT deverá ser nomeado pelo Superintendente da unidade de saúde, por ato formal, o qual poderá destituir a qualquer momento, quando o mesmo não corresponder às atribuições que lhe forem determinadas.

Art. 8º O coordenador/presidente da CIHDOTT responderá administrativa e tecnicamente à Gerência de Atenção à Saúde da unidade de saúde.

Art. 9º São atribuições do coordenador:

- I. Convocar e deliberar reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II. Destituir e substituir qualquer membro da comissão, em caso de não comparecimento à 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa prévia;
- III. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;
- IV. Tomar parte das discussões e votações, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;
- IV. Cumprir e fazer cumprir este regimento interno.

Art. 10º São atribuições dos membros da CIHDOTT:



- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo presidente;
- II. Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III. Requerer votação de matéria, em regime de urgência;
- IV. Apresentar proposições sobre assuntos ligados a doação e transplante;
- V. Apresentar planos de melhorias ou de alterações das rotinas e/ou procedimentos, para otimização do processo de trabalho.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art. 11º A CIHDOTT deverá ser composta por, no mínimo 3 (três) membros integrantes de seu corpo funcional, sendo estes de nível superior, dos quais o coordenador deverá ser médico ou enfermeiro, preferencialmente que atue em unidades críticas.

Art. 12º A composição da comissão nos hospitais será definida em conjunto entre a direção responsável e a OPO de abrangência, sendo considerados os resultados e o perfil necessário para o desempenho da função. Preferencialmente compor a comissão por profissionais que possam conduzir o processo adequadamente em sua totalidade.

Art. 13º O coordenador deverá realizar o treinamento formal ou curso ministrado sob orientação da CNCDO e ou do Sistema Nacional de Transplantes / MS.

Art. 14º Os membros da CIHDOTT poderão ser destituídos da Comissão, a qualquer momento, se apresentarem rendimento insuficiente, quanto aos processos de trabalho instituídos pelo grupo.

Art. 15º Em caso de divergências no modo de ação dos membros da Comissão e o da Instituição Hospitalar, esses poderão solicitar seu desligamento da CIHDOTT, sendo escolhido em seguida substituto do membro desligado, pelo coordenador/presidente, com anuência da Gerência de Atenção à Saúde.



§1º - Quando o membro solicitante de desligamento da CIHDOTT for o coordenador, este deverá solicitar diretamente à Gerência de Atenção à Saúde que indicará o seu substituto.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 16º A CIHDOTT reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada dois meses, de acordo com agenda pré-estabelecida, e extraordinariamente quando convocada pela Gerência de Atenção à Saúde, Coordenador ou a requerimento da maioria de seus membros.

Art. 17º A CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus componentes.

§1º - No caso do "quórum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§2º - Quando da pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisadas pelos integrantes, independentemente de "quórum".

§3º - A Gerência de Atenção à Saúde designará um dos membros da CIHDOTT para coordenar os trabalhos, na ausência do Coordenador.

§4º - Cada membro terá direito a um voto.

§5º - A votação será nominal e aberta.

§6º - As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes.

§7º - O Presidente terá o voto de qualidade.

§8º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.



§9º - É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer Resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 18º A CIHDOTT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos

CAPÍTULO VI

DOS INDICADORES DO POTENCIAL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E DE EFICIÊNCIA, PARA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES

Art. 19º São indicadores obrigatórios:

- I. número de leitos;
- II. número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e existência de ventiladores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;
- III. número total de óbitos por unidades assistenciais;
- IV. número de óbitos em UTI, Emergência e outras unidades com ventiladores, com diagnósticos da causa base (levantamento de possíveis doadores em morte encefálica);
- V. número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas à CNCDO (potenciais doadores em morte encefálica);
- VI. número de doadores elegíveis em morte encefálica;
- VII. número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos (doadores efetivos ou reais de tecidos);
- VIII. tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e a entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias no caso de doação de órgãos;
- IX. taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de órgãos;
- X. taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de tecidos;
- XI. taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica e em que fase do processo;
- XII. taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em doadores elegíveis, em morte



- encefálica, e em que fase do processo;
- XIII. número de doações efetivas ou reais, em morte encefálica (cirurgia de retirada);
 - XIV. número de doações efetivas ou reais de tecidos (cirurgia de retirada);
 - XV. causas de não-remoção especificadas; e
 - XVI. doador de órgãos implantados.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º Serão consideradas faltas justificadas, àquelas contidas no Regulamento de Pessoal da unidade de saúde, em seus capítulos XI e XII, artigos 33 a 36.

Parágrafo Único - O controle de frequência será efetuado, mediante registro em ata de reunião.

Art. 21º Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pela Superintendência.

Art. 22º O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Colegiado Executivo da unidade de saúde

Art. 23º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Colegiado Executivo da unidade de saúde, revogando-se as disposições em contrário.

CRONOGRAMA

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT)																									
ATIVIDADE	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Implantação da Comissão	x	x											x	x											
Reunião da comissão			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Planejamento Anual	x												x												
Campanha Interna de Conscientização			x			x			x			x			x			x			x			x	
Ajuste de Protocolos e Procedimentos		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
Planejamento para o Ano Seguinte												x													x
Relatório Final Anual												x													x



5.7.3.10 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO E RESÍDUOS DE SAÚDE (CGRS)

A Comissão de Gerenciamento e Resíduos de Saúde (CGRS) é de natureza técnico-científica permanente e estará subordinada a direção da unidade de saúde. Atuará na obtenção de informações qualificadas sobre eventos adversos e queixas técnicas de qualquer produto de saúde, incluindo: insumos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes, medicamentos, sangue, hemocomponentes e hemoderivados, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos em uso.

MEMBROS

A CGRS será composta por equipe multidisciplinar e contará com os seguintes membros fixos, sob a coordenação do primeiro:

- Representante de Enfermagem
- Representante da Farmácia
- Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Representante do Núcleo de Vigilância
- Representante da Qualidade
- Representante da Manutenção e Engenharia Clínica

O coordenador deverá apresentar o perfil definido pela ANVISA:

Requisitos profissionais desejáveis para compor os membros que compõem a comissão de gerenciamento de risco:

- a) Profissional de Nível Superior da Área da Saúde;
- b) Profissional pertencente ao quadro de pessoal da unidade;
- c) Desejável especialização em Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde Pública; ou Administração Hospitalar e experiência em comissões e áreas de apoio hospitalar;
- d) Disponibilidade de carga horária;
- e) Experiência profissional mínima de 2 (dois) anos em serviços hospitalares.



OBJETIVOS PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO

Criar mecanismos de divulgação do trabalho, junto ao Corpo Clínico da unidade de saúde, na busca de criação de uma nova cultura de notificação de casos de queixas técnicas e/ou de eventos adversos de produtos de saúde. Objetiva ainda, a criação de mecanismos de divulgação interna de ações corretivas e preventivas, no caso de detecção de uso inadequado de produtos de Saúde.

FREQUÊNCIA E CONTROLE

A CGRS deverá reunir-se ordinariamente mensalmente e, extraordinariamente, quando convocada pela direção da unidade de saúde ou a requerimento da maioria de seus membros.

Será desligado da CGRS o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) intercaladas no período de 01 (um) ano de trabalho. A CGRS deliberará, com a presença da maioria simples de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada seção antes da votação. As deliberações da CGRS terão votação nominal.

REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE GERENCIAMENTO E RESÍDUOS DE SAÚDE (CGRS)

Tem como objetivo, o planejamento, educação e controle da gestão de resíduos, a criação e análise de indicadores do processo de gerenciamento de resíduos. É responsável pelo estabelecimento de diretrizes do gerenciamento de resíduos e pela adequação do PGRSS da Unidade a eventuais alterações na legislação vigente.

COMPOSIÇÃO

- 01 Enfermeiro como Presidente;
- 01 administrativo
- 01 farmacêutico
- 02 médicos, sendo 01 da CCIH
- 02 enfermeiros, sendo 01 da CCIH

ATRIBUIÇÕES

- Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da unidade de saúde, contemplando, no mínimo, ações relativas a:



- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção do e controle dos resíduos hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da unidade de saúde, 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 CGRS;
- 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 pública e meio ambiente;
- Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de colaboradores, no que diz respeito à prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pela unidade de saúde;
- 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.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros desta Comissão, em conjunto com o Diretor Médica da unidade de saúde.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros em Diário Oficial.

CRONOGRAMA

Comissão de Gerenciamento e Resíduos de Saúde (CGRS)																									
ATIVIDADE	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Implantação da Comissão	x													x											
Reuniões da comissão	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x
Definição de Metas e Melhorias	x	x												x	x										
Realização de Diagnóstico	x	x											x	x											
Definição de prioridades	x													x											
Envio de relatório a direção	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x



5.7.3.11 NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE

A Comissão do Núcleo de Qualidade Hospitalar é uma equipe multidisciplinar dentro de uma instituição de saúde, responsável por monitorar, avaliar e promover a qualidade dos serviços prestados. Ela tem o objetivo de assegurar que os padrões de atendimento e procedimentos estejam alinhados com as melhores práticas e regulamentações vigentes, promovendo a melhoria contínua dos processos hospitalares.

Principais Objetivos da Comissão:

1. **Monitorar e Avaliar a Qualidade:** Acompanhar indicadores de desempenho, como taxas de infecção hospitalar, tempo de espera, satisfação dos pacientes, entre outros.
2. **Desenvolver e Atualizar Protocolos:** Criar e revisar protocolos assistenciais para garantir que as práticas sejam baseadas em evidências e estejam atualizadas com as diretrizes mais recentes.
3. **Auditorias Internas:** Realizar auditorias regulares para verificar a conformidade dos processos com os padrões estabelecidos e identificar oportunidades de melhoria.
4. **Capacitação e Educação Continuada:** Promover treinamentos e capacitações para a equipe hospitalar, focando em temas relacionados à qualidade e segurança do paciente.
5. **Gestão de Riscos:** Identificar, avaliar e mitigar riscos potenciais dentro do ambiente hospitalar, garantindo a segurança de pacientes, colaboradores e visitantes.
6. **Implementação de Melhores Práticas:** Analisar e implementar práticas que já se mostraram eficazes em outras instituições, adaptando-as à realidade do hospital.
7. **Feedback e Melhoria Contínua:** Coletar feedback de pacientes e funcionários para identificar áreas de melhoria e desenvolver planos de ação.

Estrutura da Comissão:

A Comissão do Núcleo de Qualidade Hospitalar geralmente é composta por representantes de diversas áreas do hospital, incluindo:

- Médicos (de diferentes especialidades)
- Enfermeiros
- Farmacêuticos
- Representantes da administração



- Gestores de risco
- Equipe de controle de infecções
- Representantes do serviço social e psicologia
- Equipe de TI (quando necessário, para suporte na análise de dados)

Funções Específicas dos Membros:

- **Coordenação:** Responsável por liderar a comissão, organizar reuniões, e assegurar que as metas sejam alcançadas.
- **Subcomissões:** Pode haver subcomissões específicas, como de controle de infecção, gestão de risco, ou auditoria interna, cada uma focada em um aspecto específico da qualidade.
- **Relatoria:** Um membro é designado para registrar as atas das reuniões e manter os registros atualizados.
- **Comissão de Educação Permanente:** Cuida dos treinamentos e capacitações da equipe.

Funcionamento:

A comissão se reúne regularmente, geralmente de forma mensal, para discutir os avanços, desafios e ações a serem implementadas. É fundamental que haja uma comunicação clara entre os membros e que as decisões tomadas sejam rapidamente implementadas e monitoradas.

A Comissão do Núcleo de Qualidade Hospitalar desempenha um papel vital na manutenção e melhoria dos padrões de atendimento em uma instituição de saúde, contribuindo diretamente para a segurança e satisfação dos pacientes.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela alta administração da unidade de saúde autoridade que otimiza os serviços de saúde e promove o aperfeiçoamento da gestão da unidade de saúde. Instituída pela Portaria- SEI nº 388, de 15 de outubro de 2019, atendendo a



Portaria-SEI nº 23, de 05 de novembro de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 488, de 06 novembro de 2018;

Art. 2º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados. Diante disso com o objetivo de promover a gestão da qualidade, a excelência na gestão, na educação, na pesquisa e na extensão em saúde no âmbito da unidade de saúde.

Art. 3º O PEGQ consiste em um sistema próprio de avaliação e o SEQuali visa reconhecer formalmente os hospitais que atingirem padrões estabelecidos no sistema de avaliação.

CAPÍTULO II DO NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR

Art. 4º O Núcleo de Qualidade Hospitalar (NQH) tem o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes, profissionais e colaboradores, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis da unidade de saúde nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos.

Art. 5º O NQH tem por objetivo assegurar que a Gestão da Qualidade da unidade de saúde seja estabelecido, implantado e mantido, de acordo com requisitos da qualidade estabelecidos.

Art. 6º O NQH, durante as ações de implantação, implementação e a manutenção, obedecerá às normas vigentes para cada processo trabalhado.

CAPÍTULO III COMPETÊNCIAS

Art. 7º Compete ao NQH auxiliar o Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde, anteriormente denominados Setores de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, conforme ações extraídas da Portaria SEI nº 26 de 04 de dezembro de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 503, de 05 de dezembro de 2018:

- I. Promover a cultura de melhoria contínua dos processos e resultados;



- II. Implementar a Gestão da Qualidade;
- III. Coordenar o Processo de Monitoramento e Avaliação da instituição, nos níveis tático e estratégico;
- IV. Implementar o Programa Gestão à Vista;
- V. Promover a implementação da gestão por processos;
- VI. Liderar processos de gestão de mudanças;
- VII. Coordenar a gestão de documentos;
- VIII. Coordenar os processos de avaliação interna e externa de Qualidade e demais processos certificação externas ou acreditação;
- IX. Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos pactuados em contratos internos de gestão, coordenando a definição e implementação de ações preventivas e corretivas;
- X. Coordenar a análise e avaliação das notificações sobre incidentes e queixas técnicas;
- XI. Selecionar e encaminhar notificações sobre incidentes e queixas técnicas para o Núcleo de Segurança do Paciente;
- XII. Coordenar ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- XIII. Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- XIV. Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- XV. Estabelecer, implementar, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- XVI. Auxiliar na elaboração divulgação e atualização o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, sendo a divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- XVII. Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVIII. Participar de eventos e demais ações promovidas pela unidade de saúde sobre gestão da qualidade, segurança do paciente, vigilância em saúde, humanização.

CAPÍTULO IV



DAS REUNIÕES

Art. 8º As reuniões do NQH serão realizadas mensalmente;

Art. 9º Poderão ocorrer reuniões extraordinárias quando solicitados pelo coordenador ou pelos membros do NQH, sendo convocado, a qualquer momento, pelo Gerente de Atenção à Saúde e/ou Superintendente.

Art. 10º Ao final de cada reunião será definida a data da próxima reunião.

Art. 11º As reuniões extraordinárias serão convocadas com, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas de antecedência, constando as razões que a justificam e a ordem do dia.

Art. 12º As reuniões terão duração máxima de 2 (duas) horas.

Art. 13º Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões para as quais foram convocados.

Parágrafo único - Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada e registrada em ata.

Art. 14º Os membros do NQH poderão convocar para participarem das reuniões da comissão, gestores ou demais membros da comunidade da unidade de saúde.

Art. 15º A elaboração da ata será rotativa entre os membros, sendo definida no início de cada reunião.

Art. 16º Na Ata deverá estar incluso assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

CAPÍTULO V



DA COMPOSIÇÃO

Art. 17º O NQH, composto por colaboradores da unidade de saúde e nomeado pelo Superintendente em Portaria SEI nº 388, de 15 de outubro de 2019, publicado no Boletim de Serviço nº 24, 16 de outubro de 2019, é formado por:

- I - Um coordenador;
- II - Grupo técnico/ executor, com dedicação exclusiva;
 - a) Dois profissionais de nível superior;
 - b) Um profissional de nível técnico;

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18º Este Regimento Interno somente poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do NQH, além de sua revisão a cada 4 anos, se necessário, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 19º Os casos não citados neste Regimento serão decididos pelo NQH em reunião para isto convocada com a presença do representante do nível hierárquico superior.

Art. 20º O presente Regimento entrará em vigor após aprovação do Gerente de Atenção à Saúde revogadas as disposições em contrário.

CRONOGRAMA

COMISSÃO DE NÚCLEO DE QUALIDADE HOSPITALAR																								
ATIVIDADE	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Implantação da Comissão	x	x											x	x										
Reunião	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ratificar o Programa anual				x												x								
Definir Diretrizes para ação da qualidade			x			x			x			x			x			x			x			x
Avaliação de indicadores			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Auditoria Interna			x				x				x				x				x					x
Análise de resultados da auditoria				x				x				x				x				x				x
Treinamentos e capacitações			x		x		X		x		x				x		x		X		x			x
Revisão de protocolos assistenciais			x			x			x			x			x			x			x			x
Elaboração do relatório final												x												x



5.7.3.12 COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A Comissão é caracterizada por treinamento em serviço; mediante cumprimento de programa e de serviço pré-determinado, com duração definida e em regime de tempo integral, segundo normas do Ministério da Educação e Cultura, doravante denominado MEC, da Comissão Nacional de Residência Médica, doravante denominada CNRM e da Superintendência da Escola de Saúde do Rio de Janeiro, doravante denominada SESG-Rio de Janeiro, sob a orientação das Coordenações dos Programas.

Para organizar, dirigir e orientar a Residência Médica, bem como supervisionar os estágios na área médica, será implantado a Comissão de Residência Médica, doravante denominada COREME - é o órgão competente para manter os entendimentos com a SESG - Rio de Janeiro e CNRM.

A COREME é um órgão colegiado constituído por:

1. Coordenador da COREME e suplente
2. Diretor Técnico
3. Coordenadores e Suplentes dos Programas de Residência Médica credenciados
4. Um representante dos médicos residentes para cada programa de Residência Médica credenciado
5. Presidente
6. Diretor Científico

O Coordenador da COREME é autoridade superior em matéria administrativa da COREME, respondendo pelos assuntos que a ela dizem respeito.

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno.

Para a organização da COREME propomos o seguinte regimento:



REGIMENTO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME

CAPÍTULO I DA CARACTERIZAÇÃO

Art. 1º A Residência Médica é uma modalidade de Ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, regime de 60 (sessenta) horas semanais, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, para o exercício de uma determinada especialidade.

Parágrafo único. O programa de residência a que se refere o Artigo 1º e a concessão do título de especialista deverá obedecer rigorosamente à Lei nº 6.932 e às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e às normas da Lei de Residência Médica.

Art. 2º Os programas da Comissão de Residência Médica da unidade de saúde obedecem rigorosamente à Lei nº 6.932, de julho de 1981 – atividades de médico residente, às normas instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, e aos Regulamentos estabelecidos pela Comissão Estadual de Residência Médica e Secretaria de Estado da Saúde.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 3º Oferecer Programas de Residência Médica/PRM aos graduados em Medicina pelas escolas médicas do país e do exterior reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura/MEC, conforme Resolução CNRM nº 04/2007.

Art. 4º Desenvolver o aprendizado teórico-prático em especialidades médicas, conforme as normas pertinentes e atividades necessárias ao atendimento assistencial demandado pelos usuários do SUS.

Art. 5º Desenvolver atividades teórico-complementares: sessões anátomo clínicas, discussão de Artigos científicos, sessões clínica-radiológica, sessões clínicas laboratoriais, cursos, palestras e seminários com temas relacionados à Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística.



CAPÍTULO III DA COORDENAÇÃO

Art. 6º A residência da unidade de saúde é coordenada pela Diretoria Geral e Comissão de Residência Médica – COREME, sendo esta composta por: Coordenador, Vice Coordenador, Secretário, um representante do Hospital e Representantes dos Residentes

§1º. A COREME será formada por membros do corpo clínico da respectiva Unidade, de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes;

§2º. A COREME será coordenada por um dos seus membros, integrante do corpo clínico da respectiva Unidade, eleito por seus pares, em escrutínio direto e secreto, e representa os médicos residentes perante a Diretoria Geral do Hospital, à Coordenação Nacional da Comissão de Residência Médica e à Comissão Estadual de Residência Médica, com mandato de 2 (dois) anos, podendo haver recondução por mais 2 (dois) anos.

§3º. As eleições deverão ser realizadas entre 30 (trinta) e 40 (quarenta) dias antes do término do mandato.

§4º. Os Supervisores e Preceptores são membros docentes responsáveis pela orientação dos médicos residentes no cumprimento do Programa de Residência Médica/PRM, e os representam perante a Chefia da Clínica e ao COREME.

§5º. Os Supervisores são indicados pelo Chefe da Clínica em conjunto com as Diretorias, Geral e Técnica, da respectiva Unidade, e aprovados pela COREME.

§6º. Os Preceptores são indicados pelos Supervisores das Clínicas e aprovados pela Diretoria Geral do Hospital e pela Coordenação da COREME.

§7º. A representação dos médicos residentes será obrigatoriamente por residentes integrantes dos programas, tendo 1 (um) representante por clínica de cada ano, escolhidos por seus pares, em escrutínio direto e secreto, organizado pelos próprios médicos residentes. O mandato será de 01



(um) ano.

§8º. A eleição dos representantes dos médicos residentes deverá ser no 1º dia do início do Programa.

CAPÍTULO IV DOS PROGRAMAS

Art. 7º A COREME oferece vagas nos programas de residências disponíveis no Hospital.

Art. 8º As especialidades e o quantitativo de vagas oferecidas, em cada especialidade serão amplamente divulgados pela COREME no Edital da Seleção para a Residência Médica através de publicação de cartazes, Internet e em jornal de grande circulação, para que ocorra a comunicação entre os Centros Universitários regionais e do país.

Art. 9º Cada especialidade incluída no Programa de Residência Médica do Hospital contará com o número de Preceptores na proporção de 02 (dois) para 03(três) residentes, conforme normas da CNRM.

Art. 10º Para inclusão de novas especialidades no Programa de Residência Médica, a COREME deverá encaminhar a programação e demais informações necessárias à Comissão Estadual de Residência Médica para análise e posterior encaminhamento a CNRM, para as providências cabíveis.

Art. 11º O ensino por meio de treinamento prático no primeiro ano de residência deverá abranger áreas de conhecimentos básicos em clínica médica correlata à especialização escolhida, reservando-se os anos subsequentes para dedicação exclusiva à especialidade propriamente dita.

Art. 12º A duração dos programas nas especialidades deve obedecer às normas estabelecidas pela CNRM.

Art. 13º Com o objetivo de complementar o treinamento dos residentes, em determinadas especialidades, a COREME e Diretoria Geral do Hospital poderá firmar convênios com outras Instituições, ou se utilizar os já existentes através da Secretaria de Estado de Saúde, observadas as normas da CNRM, sendo requisitos mínimos à Instituição Conveniada:



- I. Estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades;
- II. Dispor de leitos na proporção mínima de 05 (cinco) para cada residente, na especialidade, e possuir os equipamentos e materiais necessários para assegurar um padrão de atendimento adequado;
- III. Dispor em seu corpo clínico de um docente que responderá pela preceptoria da residência em convênio;
- IV. Dispor de condições de atendimento nos setores de radiologia, anatomia patológica e patologia clínica;
- V. Dispor de enfermagem especializada, serviços de arquivo médico e estatística (same) e arquivo nosológico organizacional;
- VI. O reconhecimento da instituição, para efeito de convênio, será baseado no relatório de inspeção prévia, realizada através da comissão de preceptores designada pela coreme para esse fim, em comum acordo com as partes convenientes.

Art. 14º Os programas devidamente organizados pelos coordenadores serão encaminhados à Comissão de Residência Médica – COREME e após a apreciação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM para credenciamento.

I - Os programas deverão mencionar, obrigatoriamente:

- a. Número de médicos residentes previstos na área ou especialidade;
- b. Programas de residência médica;
- c. Número e nome de coordenadores e preceptores com as respectivas cargas horárias dedicadas ao programa e sua qualificação;
- d. Número de leitos, de salas de ambulatório, média de pacientes por dia no setor de emergência e em cada área ou especialidade;
- e. Programação didático-complementar prevista, inclusive a programação atual do corpo clínico (discutir outras com preceptores);
- f. Acervo da biblioteca e/ou convênios;
- g. Proposta de regimento interno;
- h. Declaração do coordenador do programa de residência médica de possuir conhecimento pleno das resoluções da cnrm;
- i. Proposta de convênio com escola médica.



CAPÍTULO V DA MANUTENÇÃO

Art. 15º O Programa de Residência Médica será mantido por dotação Orçamentária da Secretaria de estado da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, doações e verbas diversas.

§1º. A remuneração dos médicos residentes será através de bolsa de estudos, sob a responsabilidade exclusiva da SES/Rio de Janeiro, pelo prazo de duração da residência, nos valores determinados pela Comissão Nacional de Residência Médica. – CNRM.

CAPÍTULO VI DAS COMPETÊNCIAS

Art. 16º Compete à Comissão de Residência Médica/COREME:

- I. Planejar, supervisionar e coordenar os Programas de Residência Médica e obter os meios de sua efetiva execução e avaliar o seu desenvolvimento;
- II. Reunir-se ordinariamente mensalmente e extraordinariamente quando convocada pelo presidente ou 03 (três) de seus membros;
- III. Deliberar sobre o Programa de Residência Médica das diversas; especialidades, no âmbito das Unidades de Saúde da rede pública estadual;
- IV. Deliberar sobre a inclusão ou exclusão de especialidades no Programa de Residência Médica;
- V. Promover e/ou estimular o intercâmbio com outros Centros de Residências;
- VI. Julgar as faltas disciplinares dos médicos residentes;
- VII. Discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente Regimento;
- VIII. Contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos residentes;
- IX. Zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES.

CAPÍTULO VII DAS ATRIBUIÇÕES



Art. 17º São atribuições do Coordenador:

- I. Estabelecer pautas e executar as deliberações da COREME;
- II. Presidir as reuniões da COREME;
- III. Deliberar com a maioria absoluta de seus membros presentes, lavrando-se a ata, inclusive no caso de falta de quórum, dela constando o nome dos membros que comparecerem;
- IV. Elaborar Programa Anual de Atividades, bem como relatório anual de atividades realizadas, quando solicitado;
- V. Planejamento, a coordenação e a supervisão da seleção dos candidatos ao Programa de Residência Médica;
- VI. Estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VII. Promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- VIII. Manter o chefe da clínica, o COREME e a Diretoria informados das atividades desenvolvidas pelos médicos residentes;
- IX. Elaborar relatórios de avaliação trimestral sobre o aproveitamento dos médicos residentes, encaminhando-os a COREME, para análise e outras providências;
- X. Expedir os certificados de residência médica, juntamente com a Diretoria Geral do Hospital;
- XI. Organizar e realizar o exame seletivo dos candidatos à seleção para Residência Médica em conjunto com a COREME da Unidade, conforme normas da CNRM/MEC;
- XII. Supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela COREME na sua Unidade, e, naquela em que eles estejam complementando suas atividades;
- XIII. O planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades do Programa de Residência Médica;
- XIV. A aplicação das sanções disciplinares, na forma da lei;
- XV. Discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente regulamento;
- XVI. Supervisionar e fazer cumprir os Programas de Residência Médica;
- XVII. Realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
- XVIII. Zelar e fazer cumprir o presente Regimento Interno da COREME e os demais regimentos da SES/Rio de Janeiro e
- XIX. Aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes.

Art. 18. São atribuições do Vice Coordenador:



- I. Fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias da COREME;
- II. Substituir o coordenador nas suas faltas ou impedimentos;
- III. Auxiliar o coordenador em suas diversas atribuições;
- IV. Cumprir e fazer cumprir este regimento.

Art. 19. São atribuições do Secretário da COREME:

- I. Fazer-se presente nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;
- II. Redigir as atas das reuniões;
- III. Substituir o vice coordenador em suas faltas ou impedimentos;
- IV. Participar com o coordenador na fiscalização dos programas e atividades dos residentes;
- V. Auxiliar o coordenador em suas diversas atividades;
- VI. Realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
- VII. Cumprir e fazer cumprir este regimento.

Art. 20. São atribuições do Supervisor:

- I. Participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;
- II. Organizar as escalas de plantões mensais e encaminhá-las até o 25º dia de cada mês;
- III. Manter o chefe da clínica informado das atividades desenvolvidas pelos residentes;
- IV. Acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;
- V. Supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela coreme na sua unidade, e, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- VI. Promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- VII. Estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VIII. Convocar a coreme para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;
- IX. Controlar a frequência dos médicos residentes;



- X. Enviar ficha de avaliação de desempenho do médico residente à coreme, ao final de cada estágio;
- XI. Aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;
- XII. Supervisionar e fazer cumprir os programas de residência médica;
- XIII. Realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função;
- XIV. Cumprir e fazer cumprir este regimento

Art. 21. São atribuições do Preceptor:

- I. Participar da organização do exame dos candidatos ao concurso de residência médica;
- II. Acompanhar o médico residente, exigindo o cumprimento das atividades gerais do programa, visando ao aprimoramento ético, técnico e profissional;
- III. Supervisionar o trabalho dos médicos residentes em suas atividades determinadas pela coreme na sua unidade, e também, naquela em que os mesmos estejam complementando suas atividades;
- IV. Promover e coordenar reuniões científicas, assim como programas de treinamento prático, proporcionando completa cobertura didática aos médicos residentes;
- V. Estimular e participar do planejamento das atividades de pesquisa, promovendo o acompanhamento e assegurando os recursos necessários à execução de tais atividades;
- VI. Convocar no mínimo três preceptores para reuniões extraordinárias, com antecedência de 48 horas, para deliberações pertinentes;
- VII. Controlar a frequência dos médicos residentes;
- VIII. Enviar ficha de avaliação de desempenho do médico residente a coreme, ao final de cada estágio;
- IX. Avaliar os médicos residentes, no mínimo de três em três meses; (resolução cnrm 02/2006 artigo 13º § 1º);
- X. Aplicar penalidades diante de faltas disciplinares dos médicos residentes;
- XI. Realizar outras atividades compatíveis com a função;
- XII. Cumprir e fazer cumprir este regimento.

Art. 22º São atribuições dos Médicos Residentes:

- I. Eleger um representante de cada ano dos programas para integrarem a Coordenação da COREME;



- II. Eleger o representante entre os representantes eleitos dos médicos residentes que atuará como membro integrante da Associação de Residência Médica - unidade de saúde, o qual deverá ser submetido à aprovação da Diretoria Geral e COREME;
- III. Cumprir e fazer cumprir o regulamento da AMR/SES, e colaborar com os Preceptores na manutenção da disciplina e no cumprimento do presente;
- IV. Defender os interesses dos médicos Residentes junto a COREME;
- V. Participar de congressos da Associação Nacional dos Médicos Residentes/ANMR;
- VI. Realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.

CAPÍTULO VIII DO PROCESSO SELETIVO

Art. 23º O processo seletivo será coordenado pela COREME, conforme cronograma de aplicação por ela estabelecido, mediante supervisão e acompanhamento da SESG/Rio de Janeiro e da Coordenação da Comissão de Residência Médica da SES.

Art. 24º A admissão do candidato no Programa de Residência Médica/PRM será feita mediante seleção pública, realizada de conformidade com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM, Regulamento da SES/Rio de Janeiro, e este Regimento.

Art. 25º Serão aceitas inscrições de médicos brasileiros ou estrangeiros com visto permanente no país, graduado em Faculdade ou Escola de Medicina oficializada no Brasil.

§1º. No caso de candidato no exterior apresentar diploma convalidado no Brasil pelo órgão oficial competente.

Art. 26º O Edital da seleção pública, após a aprovação pela Comissão Estadual de Residência Médica, será divulgado no site da Secretaria de Estado da Saúde, da Comissão Estadual de Residência Médica de Rio de Janeiro, publicado, obrigatoriamente, no Diário Oficial do Estado, e se necessário em jornal de grande circulação do Estado, observado o prazo de até 15 (quinze) dias da data de início da inscrição.

Art. 27º O candidato à residência médica apresentará no ato da inscrição:



- I. Requerimento neste sentido, à Comissão de Residência Médica/COREME da Unidade, com a informação da especialidade pretendida, do nome da Instituição de Ensino em que concluiu o curso graduação em Medicina e o ano de conclusão;
- II. Cópia autenticada do Diploma de médico ou Declaração da Secretaria da Faculdade de Medicina onde está cursando o último período do curso de medicina (6º. Ano);
- III. Os médicos formados no exterior deverão apresentar ainda o Certificado de Revalidação de Diploma;
- IV. Duas fotos 3X4, recentes;
- V. Comprovante original do pagamento da taxa de inscrição;
- VI. Cópia autenticada dos documentos: Carteira de Identidade, CPF e CRM;
- VII. Opção quanto à especialidade que pretende seguir.

Art. 28º Para o preenchimento das vagas serão considerados:

- I. Número de vagas oferecidas pela especialidade;
- II. Opção prévia;
- III. Caráter classificatório.

Art. 29º O número de vagas estará condicionado às disponibilidades oferecidas pelo Hospital, nos seguintes itens:

- I. Disponibilidade financeira;
- II. capacidade didática;
- III. Relação mínima de 05 (cinco) leitos por residente.

Art. 30º A avaliação dos candidatos será realizada em duas etapas e participarão da segunda etapa aqueles classificados na primeira fase.

- I. 1ª fase prova escrita, de caráter eliminatório, pontuada conforme estabelecido pela CNRM/MEC;
- II. 2ª fase prova prática, subjetiva ou entrevista, a critério da supervisão, de caráter classificatório, conforme estabelecido pela CNRM/MEC.



Art. 31º A avaliação escrita versará sobre temas básicos e gerais de Medicina, nas áreas de especialidades oferecidas na unidade e procurando estabelecer proporcionalidade no número de questões das especialidades disponibilizadas.

Art. 32º Da prova de seleção:

- I. Esta constará de prova de suficiência escrita e múltipla escolha;
- II. A prova de suficiência escrita versará sobre conhecimentos médicos gerais e básicos nas especialidades definidas, na mesma proporção de questões;
- III. O exame de suficiência será eliminatório e classificatório, com a nota mínima para aprovação igual a 05 (cinco);
- IV. Em caso de empate na prova de seleção, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
 - a. melhor currículo escolar;
 - b. maior número de questões corretas na especialidade;
 - c. maior idade.

CAPÍTULO IX DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 33º Serão classificados os candidatos que obtiverem 50% da nota máxima atingida na primeira fase.

Art. 34º Serão selecionados para a segunda fase, os candidatos classificados na primeira fase correspondente a três vezes o número de vagas disponíveis em cada programa, considerando todos os candidatos que obtiverem a mesma nota do último selecionado.

- I. No caso de empate na avaliação escrita, o desempate obedecerá aos seguintes critérios:
 - a. maior número de acertos na prova escrita da especialidade pretendida;
 - b. Idade, sendo privilegiada a de maior ordem cronológica.



CAPÍTULO X DA ADMISSÃO

Art. 35º Os candidatos classificados serão admitidos na qualidade de médicos residentes, observada a ordem de classificação, de acordo com o número de vagas oferecidas pela Unidade, em cada especialidade e a opção do candidato.

Art. 36º Em caso de desistência, o candidato deverá comunicar a COREME, por escrito, e após o presidente da COREME poderá convocar novo candidato, observada a ordem de classificação.

Art. 37º Caso o candidato não efetue sua comunicação de desistência no prazo de 24 horas úteis, será considerado desistente e o coordenador, da COREME poderá convocar novo candidato, da mesma especialidade, observando a ordem de classificação.

Art. 38º Após o início do Programa de Residência Médica/PRM o candidato classificado que não comparecer ao serviço até 72 horas, sem justificativa, será eliminado do programa, e o presidente da COREME convocará outro candidato da mesma especialidade, obedecendo à ordem de classificação.

Art. 39º Em caso de disponibilidade de vagas, após o início das atividades do PRM, o presidente da COREME poderá convocar outro candidato da especialidade, em até 60 dias obedecendo à ordem de classificação. Após esta data não será permitida a admissão de novo candidato.

Art. 40º Em caso do não preenchimento do quantitativo de vagas ofertadas em uma determinada especialidade, e havendo procura por algum candidato classificado em outra especialidade, sendo de interesse do serviço e da Unidade, a COREME poderá analisar a solicitação, aprová-la ou não, ou ainda realizar nova seleção.

CAPÍTULO XI DAS TRANSFERÊNCIAS

Art. 41º A transferência de médico residente de um programa de Residência Médica para outro da mesma especialidade somente será possível com aprovação da CNRM. A solicitação de transferência deverá ser encaminhada à Secretaria Executiva da CNRM com comprovação da



existência de vaga, bolsa, da concordância das COREME das Instituições de origem e destino, bem como da concordância da SESG.

Art. 42º É vedada a transferência dos médicos residentes entre programas de Residência Médica de diferentes especialidades, inclusive na mesma Instituição.

Art. 43º Nos casos de descredenciamento de um programa de Residência Médica (PRM), os médicos residentes deverão ser transferidos para programas credenciados da mesma especialidade em outras instituições. (Resolução CNRM nº 03/07).

- I. Os médicos residentes de programas descredenciados serão realocados em vagas credenciadas ociosas ou vagas credenciadas em caráter extraordinário, conforme determinação da CNRM;
- II. As instituições credenciadas pela CNRM ficam obrigadas a receber os médicos residentes transferidos conforme determinação do plenário da CNRM. O pagamento da bolsa continuará a cargo da instituição de origem até o tempo inicialmente previsto para a conclusão do Programa de Residência Médica;
- III. O certificado será expedido pela instituição de destino.

Parágrafo Único. Os casos omissos serão resolvidos a juízo da CNRM.

CAPÍTULO XII DOS DIREITOS DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 44º Será assegurado ao médico residente 1 dia de folga semanal e 30 dias de repouso, por ano de atividade.

Art. 45º Remuneração através de Bolsa de Estudos, de valor igual ao determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

Art. 46º A representação dos médicos residentes na COREME será provida, obrigatoriamente, por residentes integrantes do Programa, escolhidos por seus pares em escrutínio direto e secreto, na proporção de 20% de seus membros, cujo mandato será exercido pelo prazo de 1 ano.



Art. 47º A eleição referida no Artigo anterior será realizada conforme estabelecido pela Resolução CNRM nº 02, de julho de 2005, e dentre os representantes dos médicos residentes um será escolhido como Coordenador.

Art. 48º Assistência Médica prioritária na Rede Estadual de Saúde durante a Residência Médica, estendido ao cônjuge e filhos.

Art. 49º Licença paternidade por 05 (cinco) dias consecutivos.

Art. 50º Licença por luto de 05 (cinco) dias consecutivos (pai, mãe, irmãos, cônjuge e filhos).

Art. 51º Licença casamento por 05 (cinco) dias consecutivos.

Art. 52º A médica residente a partir do 8º (oitavo) mês de gravidez poderá solicitar licença de suas atividades pelo prazo máximo de 180 (cento e oitenta dias, sem prejuízo da bolsa).

CAPÍTULO XIII **DOS DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES**

Art. 53º A carga horária do médico residente será de, no máximo, 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

- I. Cabe ao médico residente cumprir integralmente os termos dispostos no respectivo contrato de concessão da bolsa de estudos, no Regimento Interno da COREME, no Regulamento Interno da Unidade de Saúde da qual faz parte, além das normas expedidas pela CNRM;
- II. O cumprimento da carga horária pelo Médico Residente, estabelecida em contrato, será controlado nos mesmos termos estabelecidos para os ocupantes de cargo efetivo, na categoria de médicos, nos termos da Lei – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado do Rio de Janeiro e suas Autarquias devendo ser comprovado diariamente através do registro de comparecimento utilizado na unidade.

Art. 54º Comparecer na hora determinada de todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde foi designado.



Art. 55º O médico residente deverá acompanhar o paciente de sua Clínica, quando da realização de exames fora das instalações do Hospital, após a avaliação prévia da necessidade de acompanhamento médico por parte do Staff e/ou Preceptor da Clínica.

Art. 56º Usar uniforme adequado (calça, camisa ou jaleco, sapatos, meias e cintos brancos), manter os cabelos presos e não usar adornos.

Art. 57º Conhecer e cumprir as normas e rotinas do Hospital, do COREME e das Instituições conveniadas.

Art. 58º Preencher corretamente o prontuário do paciente, carimbando e assinando todas as suas anotações.

Art. 59º O Médico Residente, ao ausentar-se do Hospital para rodízio em outra Instituição deverá solicitar a COREME o ofício de encaminhamento e fichas de frequência e avaliação em formulário próprio da COREME.

Art. 60º Ao retornar do rodízio deverá comparecer a COREME munidos das fichas, devidamente preenchidas e assinadas pelos responsáveis do serviço.

Art. 61º Cooperar quando solicitado na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas na unidade.

Art. 62º É vedado ao médico residente, se funcionário público estadual, a percepção do vencimento e das vantagens do respectivo cargo, cumulativamente com o benefício da bolsa de estudos, pelo prazo de duração da residência, assegurando-se-lhe, todavia, o direito de opção.

Art. 63º No período de Residência Médica, o médico residente que vier a ser nomeado para exercer cargo em comissão terá que optar entre um e outro, assim como, no caso de médico residente, cuja carga horária do programa exceder 40 (quarenta) horas semanais e pretender celebrar contrato por tempo determinado com esta pasta ou qualquer outro órgão da administração pública.



Art. 64º Em quaisquer casos, a interrupção do programa não exime o médico residente de, posteriormente, completar a carga horária total da atividade prevista para o aprendizado, conforme estabelecido no Artigo 7º da Lei nº 6.932/81.

Art. 65º No período de residência, o médico residente ficará impedido de ser nomeado e/ou assinar contratos na qualidade de funcionários em qualquer Instituição. A infração deste Artigo incorrerá no desligamento da Residência.

Art. 66º Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento.

CAPÍTULO XIV DAS PENALIDADES

Art. 67º O médico residente estará sujeito ao regime disciplinar do Hospital. As transgressões disciplinares serão comunicadas pelo preceptor, ouvido o coordenador e COREME, que proporá, após averiguações, as penalidades abaixo em ordem crescente de gravidade.

- I. As penalidades disciplinares serão de:
- II. Advertência verbal;
- III. Advertência por escrito;
- IV. Suspensão;
- V. Eliminação.
- VI. A comissão de residência médica – coreme – deverá ouvir as partes interessadas por si ou por seus representantes.
- VII. Na ocorrência de aplicação de qualquer penalidade tratada neste artigo, poderá o interessado interpor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, pedido de reconsideração.
- VIII. Se a comissão de residência médica – coreme – opinar pela eliminação, o residente será suspenso de suas atividades, até o encerramento do processo.
- IX. Havendo posições antagônicas entre a Coordenação e a COREME com respeito à aplicação da penalidade, será ouvida a Comissão Regional de Residência Médica.
- X. As denúncias de transgressões ao Código de Ética Médica serão encaminhadas para apreciação pelas Comissões de Ética Médica das Unidades Assistenciais.
- XI. A falta considerada grave será aplicada suspensão ou eliminação do Residente.



CAPÍTULO XV

DAS AVALIAÇÕES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 68º No decorrer da Residência Médica, os residentes serão avaliados na forma definida pelo respectivo programa, com avaliações anuais e apresentação de monografias a critério do supervisor da especialidade.

Art. 69º As avaliações deverão dar prioridade às atuações dos residentes, uma vez que a Residência Médica tem por finalidade básica o treinamento e a especialização em serviço.

Art. 70º Semestralmente, os residentes opinarão por escrito sobre a execução dos programas cumpridos.

CAPÍTULO XVI

DA PROMOÇÃO E DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 71º A promoção do médico residente dar-se-á em decorrência das avaliações realizadas pelos coordenadores e preceptores.

Art. 72º A promoção à residência da especialidade dar-se-á após a avaliação do Programa cumprido na área obrigatória.

Art. 73º A exclusão dar-se-á em caso de reprovação.

Art. 74º Até o dia 15 de dezembro os coordenadores e preceptores encaminharão à Comissão de Residência Médica – COREME – o resultado das avaliações dos Residentes que concluirão o período para fins de promoção ao ano seguinte ou expedição de Certificado.

Art. 75º Os médicos residentes terão direito a um Certificado quando completarem o Programa de Residência Médica.

Art. 76º O Certificado será registrado em livro de protocolo, assinado pelo Presidente da COREME e Diretor Geral.



CAPÍTULO XVII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 77º O presente Regimento entra em vigor na data da aprovação pela COREME e Diretoria Geral da unidade de saúde podendo sofrer modificações em sua composição por desistência de seus membros e outros impedimentos.

Art. 78º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Estadual de Residência Médica.

CRONOGRAMA

Comissão Nacional De Residência Médica																								
ATIVIDADE	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Implantação da Comissão	x	x											x	x										
Reunião mensal		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reunião com preceptores			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aprovação do Regimento			x												x									
Elaboração do relatório final												x												x



5.7.3.13 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)

A Residência Multiprofissional em Saúde constitui modalidade de ensino de pós-graduação/especialização lato sensu, destinada às diversas categorias profissionais, tais como: enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais; e caracteriza-se por ensino em serviço, sob orientação de profissionais qualificados em consonância com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 e portarias emitidas, posteriormente, sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde, nas resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Proposta de constituição: será constituída de acordo com o Regimento Interno da Comissão e legislação vigente, com o número de membros descritos no Regimento Interno.

Cronograma de Atividades: será estabelecido de acordo com o Regimento Interno, com reuniões mensais ou por solicitação extraordinária.

Para a organização da COREMU propomos o seguinte regimento:

PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

CAPÍTULO I DA CARACTERIZAÇÃO

Art. 1º A Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a profissões da área de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, de acordo com o Artigo 1º da Portaria Interministerial nº 506 de 24 de abril de 2008.

§1º. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos no modelo tripartite com a participação de gestores locais, serviços e academia, em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos



CAPÍTULO III DAS OBRIGAÇÕES E DIREITOS DOS RESIDENTES

Art. 6º Na admissão ao Programa os residentes receberão uma cópia deste Regulamento, juntamente com o Regimento Interno do Hospital.

Parágrafo único. Cada residente receberá semestralmente a programação de suas atividades para o período correspondente.

Art. 7º Ao residente do Programa será concedida bolsa garantida pelo Artigo 16, §1º da Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

§1º. O residente terá direito a alimentação durante todo o período de Residência e alojamento, quando possível, para aqueles que preencherem os pré-requisitos determinados pela COREMU.

§2º. O residente deve inscrever-se na Previdência Social a fim de ter assegurados os seus direitos, especialmente os decorrentes do seguro de acidente do trabalho, de acordo com o § 2º do Artigo 4º da Lei Nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

Art. 8º. O residente matriculado no primeiro ano deste Programa poderá requerer o trancamento da matrícula, por período de 01 (um) ano, para fins de prestação do Serviço Militar, de acordo com a CNRMS.

Art. 9º. Aos residentes serão assegurados 30 (trinta) dias de férias por ano, em datas definidas junto aos preceptores segundo escala previamente estipulada e aprovada pelo Supervisor de Eixo Temático de cada Área Profissional.

Art. 10. Fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem prejuízo da reposição, nas seguintes hipóteses e prazos, que se iniciam no mesmo dia do evento:

- I. Núpcias: oito dias consecutivos;
- II. Óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela: oito dias consecutivos;
- III. Nascimento ou adoção de filho: cinco dias consecutivos.



Parágrafo único. À residente matriculada não se aplica a exceção prevista na Resolução CNRM 01/2005, uma vez que as mulheres estão isentas do serviço militar obrigatório (Parecer CGEPD/CONJUR/MEC 65/2008 e Ofício Circular CGRS/DHRS/SESu/MEC 76/2009).

Art. 11º Ao residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante ou adoção, devendo, porém, o mesmo período ser prorrogado por igual tempo, para que seja completada a carga horária total da atividade prevista.

CAPÍTULO I DA COORDENAÇÃO

Art. 12º A COREMU é o órgão competente para manter os entendimentos como Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde por meio de sua Diretoria Executiva.

Art. 13º A COREMU será constituída por:

- I. Um Coordenador e um Vice Coordenador da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- II. Um Representante por Área Profissional que compõe o Programa;
- III. Um Representante das Disciplinas Teóricas Integradas;
- IV. Um Representante dos Supervisores que atuam no Programa;
- V. Um Representante de Preceptores que atuam no Programa;
- VI. Um Representante dos Residentes;
- VII. Um Representante do Gestor local.

§1º. Os Representantes das alíneas "I", "II", "III", "IV", "V" e "VI" deverão ser eleitos pelos seus respectivos pares.

§2º. O Representante da alínea "VII" será indicado pela Direção Geral.

§3º. Poderão compor ainda a COREMU outras instituições utilizadas como campo de prática dos residentes do Programa como membros convidados com direito a voz.



§4º. O representante de Área Profissional será indicado pelo Departamento ou Serviço no qual está lotado, podendo ser reconduzidos.

§5º. A Comissão será renovada a cada três anos.

§6º. Os Representantes dos Supervisores e Preceptores terão mandato de dois anos, com uma recondução.

§7º. Os residentes elegerão, anualmente, um representante e respectivo suplente, encaminhado previamente, por escrito, à COREMU.

§8º. As demais representações, em caso de ausência nas reuniões, poderão indicar um suplente sem direito a voto. O nome deverá ser encaminhado por escrito a COREMU antes do início da reunião.

§9º. Os Departamentos e Serviços que participam do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar poderão constituir uma Subcomissão local de Residência, presidida pelo seu representante na COREMU e constituída pelos Supervisor (es), Tutor (es), Preceptor (es) e representantes dos residentes de cada Eixo Temático.

Art. 14º O Coordenador é o elemento Executivo da COREMU.

Art. 15º A COREMU reunir-se-á mensalmente ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, através de convocação por correio eletrônico do Coordenador e/ou da metade de seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Parágrafo único. A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário preestabelecido, com a presença de 50% de seus membros ou após quinze minutos, em segunda chamada, com o quórum presente.

Art. 16º As decisões serão tomadas em reunião da COREMU em votação pelo sistema de maioria simples com o quórum presente. O Coordenador terá direito a voto de qualidade.



Parágrafo único. Será redigida ata correspondente a cada reunião a ser discutida aprovada na reunião seguinte.

Art. 17º É da competência da COREMU:

- I. Fazer cumprir este Regulamento;
- II. Zelar pela manutenção do padrão da Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- III. Rever periodicamente os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residências existentes ou propostas de inclusão de outras profissões, novos eixos temáticos, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir eixos temáticos ou áreas profissionais em concordância com o Artigo 5º;
- IV. Solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;
- V. Coordenar e supervisionar a execução dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital;
- VI. Envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital.

Art. 18º Caso esteja cursando o último ano de graduação, o candidato deverá:

- I. Apresentar declaração comprobatória expedida pela Instituição de Ensino de origem;
- II. Apresentar currículo vitae relacionando as atividades escolares, profissionais e científicas;
- III. Se estrangeiro, apresentar a Cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no país;
- IV. Submeter-se ao processo seletivo público adotado pela COREMU, visando classificação dentro do número de vagas existentes.

§1º. A declaração de conclusão do curso será aceita a título provisório, para fins da matrícula do candidato. No entanto, o diploma deverá ser apresentado pelo profissional residente durante os



dois primeiros meses do ano letivo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, sob pena de não lhe ser deferida a matrícula.

§2º. Na hipótese de candidato que tenha concluído o curso de graduação em Instituição estrangeira, somente será deferida sua matrícula no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar mediante apresentação do diploma devidamente revalidado por Instituição competente.

CAPÍTULO V DA ADMISSÃO E PROCESSO SELETIVO

Art. 19º O candidato ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar do Hospital deverá:

- I. Ter no máximo dois anos de formado e estar inscrito no Conselho de Classe correspondente a sua área profissional;
- II. Apresentar diploma profissional devidamente registrado.

Art. 20º Poderão ingressar no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, os profissionais de saúde formados por Instituições oficiais ou reconhecidas pelo Conselho Federal de Educação, ou em Instituições estrangeiras, desde que o diploma esteja devidamente revalidado.

Art. 21º O Ingresso ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar se dará através de processo seletivo público realizado conforme Edital, elaborado especificamente com esta finalidade e amplamente divulgado.

Art. 22º O processo de seleção pública dos candidatos ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar dar-se-á mediante prova classificatória, entrevista e análise de currículo.

Parágrafo único. A classificação final dos candidatos deverá ser homologada pela COREMU.

Art.23º A COREMU preencherá as vagas que porventura surgirem posteriormente convocando, por ordem de classificação, os candidatos até 60 (sessenta) dias após o início dos programas.



§1º. Os candidatos aprovados terão prazo para efetuar a matrícula, conforme o edital.

§2º. Vencido o prazo acima, serão convocados os candidatos por ordem de classificação.

§3º. Situações especiais serão estudadas pela COREMU.

CAPÍTULO VI DA AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

Art. 24º Constarão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar os critérios de avaliação e aprovação.

Art. 25º Os residentes serão avaliados, em cada área de estágio, pelos respectivos preceptores que emitirão conceitos.

Art. 26º Os residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas. Na ocorrência de faltas, estas serão repostas em plantões definidos pelo Preceptor responsável pela área de acordo com decisão do CNRM.

Art. 27º Os residentes com aproveitamento insatisfatório em no máximo duas áreas de estágio deverão realizá-la(s) novamente para obter conceito satisfatório e aprovação.

Parágrafo único. A época e o período para realização destes estágios serão determinados pelo supervisor da área profissional e encaminhado a COREMU para avaliação e aprovação.

Art. 28º Ao término do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar, a COREMU mediante lista de aprovação de cada um dos programas, conferirá o certificado de conclusão emitido pelo Hospital.

Art. 29º Cada área profissional participante do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar constituirá uma estrutura interna de funcionamento que deverá ser encaminhada a COREMU para aprovação.

Art. 30º Esta estrutura obedecerá a seguinte classificação: Supervisor, Tutor e Preceptor.



§1º. A titulação exigida para a função de Supervisor deverá ser no mínimo de mestre.

§2º. A titulação exigida para a função de Preceptor deverá ser no mínimo especialista na área.

§3º. A titulação exigida para a função de Tutor deverá ser no mínimo de Doutor.

§4º. em caráter de excepcionalidade, na implantação deste Programa, poderão exercer a função de preceptoria profissionais com experiência mínima de 3 anos de atuação na área de especialidade. Esta solicitação deverá ser encaminhada pelo Supervisor, a COREMU com a devida justificativa para aprovação.

CAPÍTULO VII DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 31º É de responsabilidade do Representante da área profissional:

- I. Representar a área profissional junto aos COREMU;
- II. Promover gestões necessárias para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;
- III. Elaborar a prova escrita dos candidatos de sua respectiva área profissional;
- IV. Coordenar as atividades de seus supervisores;
- V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;
- VI. Encaminhar a COREMU todos os problemas que intervirem na boa execução do Programa.

Parágrafo único. Na primeira quinzena do mês de dezembro do ano corrente, o representante de Área Profissional deverá encaminhar à COREMU, a indicação ou manutenção do nome do Supervisor (es) e Preceptor (es) para o ano letivo subsequente.

Art. 32º O Supervisor é o profissional responsável pelo desenvolvimento do processo de ensino e aprendizado, em sua área profissional. Cabe a ele:

- I. Zelar pelo comportamento ético dos preceptores e residentes sob sua responsabilidade;
- II. Elaborar juntamente com o respectivo representante da área profissional, o planejamento anual das atividades teóricas do conteúdo específico;



- III. Elaborar o cronograma anual de atividades práticas para os R1 e R2;
- IV. Avaliar sistematicamente o processo ensino-aprendizado durante o curso;
- V. Aplicar aos residentes as sanções disciplinares previstas pela COREMU;
- VI. Elaborar a pauta e convocar reuniões mensais ou sempre que necessário;
- VII. Participar do processo de seleção do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Hospitalar;
- VIII. Manter reuniões sistemáticas com o respectivo representante da área profissional;
- IX. Elaborar e encaminhar a COREMU, por meio do Representante de área profissional relatórios sobre o desenvolvimento das atividades dos residentes sob sua responsabilidade.

Art. 33º O Tutor é o profissional responsável por auxiliar na manutenção da qualidade do Programa. Cabe a ele:

- I. Estimular a atualização constante dos preceptores que atuam na sua área de especialidade;
- II. Estimular a aplicação da teoria na prática;
- III. Auxiliar o preceptor na avaliação do residente;
- IV. Assessorar as atividades científicas dos residentes;
- V. Fazer visita semanal para discutir prática clínica com preceptores e residentes;
- VI. Atuar na revisão da prática profissional.

Art. 34º O Preceptor é o profissional responsável por ensinar o residente a utilizar adequadamente o tempo por meio da priorização de procedimentos e atitudes, cabendo a ele:

- I. Participar junto ao Supervisor do planejamento anual das atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação;
- II. Operacionalizar as atividades práticas para o R1 e R2;
- III. Elaborar escala mensal de plantões e encaminhar para o Supervisor de eixo temático de sua respectiva área até 10 dias antes do final do mês;
- IV. Elaborar e encaminhar relatório periódico sobre o desempenho dos residentes sob sua responsabilidade;



- V. Ensinar o residente por meio de instruções formais e com objetivos e metas pré-determinadas.

Art. 35º Os casos omissos neste Regulamento serão resolvidos pela Direção Geral, ouvida a COREMU.

Art. 36º O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

CRONOGRAMA

Comissão De Residência Multiprofissional (COREMU)																									
ATIVIDADE	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Implantação da Comissão	x	x																							
Reunião mensal		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reunião com preceptores			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aprovação do Regimento			x																						
Elaboração do relatório final																									



5.7.3.14 COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA

A **Comissão de Mortalidade Materna (CMM)** é um grupo técnico responsável por analisar e investigar os óbitos maternos, com o objetivo de identificar suas causas, propor medidas preventivas e contribuir para a redução da mortalidade materna. Essas comissões existem nos níveis municipal, estadual e nacional e seguem as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde.

1. Objetivos da Comissão de Mortalidade Materna

A Comissão de Mortalidade Materna tem como principal função a vigilância dos óbitos maternos para compreender as causas, identificar falhas na assistência e propor intervenções para sua redução. Seus objetivos incluem:

a) Identificação e análise dos óbitos maternos

- Revisar e investigar detalhadamente os óbitos maternos.
- identificar falhas na assistência à saúde que possam ter contribuído para a morte.
- Avaliar se houve demora nos cuidados, erros médicos ou barreiras de acesso ao serviço de saúde.

b) Classificação dos óbitos maternos

Os óbitos maternos são classificados em três categorias principais:

- **Óbito Materno Direto:** Resultante de complicações obstétricas decorrentes da gravidez, parto ou puerpério, como hemorragias, eclâmpsia, infecções puerperais e complicações anestésicas.
- **Óbito Materno Indireto:** Causado por doenças preexistentes ou que surgiram na gestação, mas não diretamente relacionadas ao processo obstétrico, como doenças cardiovasculares, diabetes descompensado, infecções respiratórias graves (como COVID-19) e neoplasias.
- **Óbito Materno Coincidente ou Acidental:** Quando a morte ocorre sem relação com a gravidez, como em casos de homicídios, suicídios e acidentes.



c) Proposição de medidas preventivas

- Criar recomendações para melhoria da assistência materna e neonatal.
- Indicar ações educativas para profissionais de saúde, como treinamentos em emergências obstétricas e qualificação do pré-natal.
- Sugerir políticas públicas que melhorem o acesso ao atendimento de qualidade para gestantes e puérperas.

d) Monitoramento e avaliação das taxas de mortalidade materna

- Acompanhar a evolução dos indicadores de mortalidade materna e comparar os dados nacionais e internacionais.
- Propor medidas corretivas caso haja aumento nos índices.

e) Sensibilização e educação continuada

- Promover campanhas de conscientização sobre a importância do pré-natal adequado.
- Capacitar profissionais de saúde para identificação e manejo de riscos obstétricos.
- Ampliar o acesso à informação para gestantes e seus familiares.

2. Causas Comuns de Mortalidade Materna

A maioria das mortes maternas pode ser evitada com assistência médica de qualidade. Entre as principais causas estão:

Causas Diretas (relacionadas à gestação e ao parto)

- **Hemorragia pós-parto** – Principal causa de morte materna no mundo, geralmente associada a falhas no manejo do trabalho de parto e na identificação precoce do sangramento.
- **Hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia/eclâmpsia** – Condições que levam a complicações graves, como acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência de órgãos.
- **Infecção puerperal (sepse materna)** – Infecção grave após o parto, muitas vezes associada a atendimento inadequado durante ou após o nascimento.
- **Tromboembolismo pulmonar** – Complicação grave que pode ocorrer no puerpério devido à formação de coágulos sanguíneos.



- **Abortamento inseguro** – Abortos realizados sem condições específicas de segurança ainda são uma das principais causas de morte materna em diversos países.

Causas Indiretas (doenças preexistentes agravadas pela gravidez)

- **Doenças cardiovasculares** – Insuficiência cardíaca, arritmias e outras doenças cardíacas podem ser agravadas na gestação.
- **Diabetes mellitus** – O diabetes descontrolado aumenta o risco de complicações na gestação.
- **Infecções respiratórias graves (COVID-19, H1N1, tuberculose)** – Podem levar a complicações respiratórias fatais.
- **Doenças psiquiátricas (depressão e suicídio materno)** – Muitas vezes negligenciadas, são causas graves de mortalidade materna.

3. Fatores Contribuintes para a Mortalidade Materna

Os óbitos maternos ocorrem frequentemente devido a um conjunto de fatores que incluem:

- **Baixo acesso ao pré-natal de qualidade** – Falta de acompanhamento adequado da gestação.
- **Demora no atendimento** – Atrasos na busca por assistência, no transporte até uma unidade de saúde ou na realização de procedimentos médicos.
- **Falta de qualificação dos profissionais de saúde** – Dificuldade na identificação de sinais de risco e falhas na abordagem das emergências obstétricas.
- **Desigualdades sociais e raciais** – Mulheres negras e indígenas apresentam maior risco de morte materna devido à desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

4. Estratégias para Redução da Mortalidade Materna

A Comissão de Mortalidade Materna propõe diversas estratégias para reduzir os índices de mortalidade, incluindo:

- **Ampliação do pré-natal de qualidade** – Identificação precoce de fatores de risco e melhor acompanhamento da gestação.
- **Melhoria do atendimento obstétrico de emergência** – Capacitação dos profissionais de saúde para manejar situações críticas.



- **Criação de protocolos para atendimento adequado ao parto e puerpério** – Garantia de assistência humanizada e baseada em evidências científicas.
- **Atenção à saúde mental materna** – Prevenção e tratamento da depressão pós-parto e do suicídio materno.
- **Redução das desigualdades no acesso à saúde** – Implementação de políticas que garantam atendimento equitativo a todas as mulheres.

REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Mortalidade Materna (CMM) é um órgão colegiado, de caráter técnico-científico, consultivo e deliberativo, vinculado à unidade de saúde, com o objetivo de analisar e investigar os óbitos maternos ocorridos em sua área de abrangência, visando identificar os fatores contribuintes e propor medidas para sua prevenção.

Art. 2º A CMM tem como finalidades:

- Analisar e investigar os óbitos maternos, identificando as causas básicas e os fatores contribuintes;
- Elaborar e divulgar relatórios com os resultados das investigações e recomendações para a prevenção de óbitos maternos;
- Propor e acompanhar a implementação de medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde materna;
- Promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde materna;
- Articular-se com outros órgãos e instituições para o desenvolvimento de ações conjuntas de prevenção da mortalidade materna.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A CMM será composta por membros titulares e suplentes, representantes das seguintes áreas:

- Obstetrícia;



- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Enfermagem Obstétrica;
- Epidemiologia;
- Serviço Social;

Art. 4º Os membros da CMM serão designados pelo Diretor, com mandato de 2 anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 5º A CMM elegerá, entre seus membros titulares, um presidente e um secretário, com mandato de 3 anos.

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º São atribuições da CMM:

- Reunir-se ordinariamente mensalmente e extraordinariamente, quando necessário;
- Analisar os óbitos maternos notificados, solicitando informações e documentos complementares, quando necessário;
- Realizar autópsias verbais, entrevistas com familiares e profissionais de saúde, e outras investigações necessárias;
- Elaborar relatórios de investigação dos óbitos maternos, com identificação das causas básicas e dos fatores contribuintes;
- Elaborar e divulgar relatórios anuais com os resultados das atividades da CMM e recomendações para a prevenção de óbitos maternos;
- Propor e acompanhar a implementação de medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde materna;
- Promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde materna;
- Articular-se com outros órgãos e instituições para o desenvolvimento de ações conjuntas de prevenção da mortalidade materna.

Art. 7º São atribuições do presidente da CMM:

- Convocar e presidir as reuniões da CMM;



- Representar a CMM perante outros órgãos e instituições;
- Zelar pelo cumprimento deste regimento interno.

Art. 8º São atribuições do secretário da CMM:

- Elaborar as atas das reuniões da CMM;
- Organizar e manter o arquivo da CMM;
- Divulgar as informações e documentos da CMM.

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º As reuniões da CMM serão realizadas com a presença da maioria absoluta de seus membros titulares.

Art. 10º As decisões da CMM serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes.

Art. 11º Este regimento interno poderá ser alterado por proposta de qualquer membro da CMM, aprovada por maioria absoluta de seus membros titulares.

Art. 12º Os casos omissos neste regimento interno serão resolvidos pela CMM.

Observações:

- Este é um modelo básico de regimento interno. É fundamental adaptá-lo à realidade e às necessidades específicas de cada instituição ou órgão.
- É importante consultar as legislações e normas técnicas vigentes para garantir que o regimento interno esteja em conformidade com as diretrizes legais.
- A confidencialidade dos dados dos pacientes deve ser sempre respeitada.

CRONOGRAMA

COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA																									
ATIVIDADE	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Reuniões	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Revisão dos protocolos de investigação de óbitos maternos.	x			x			x			x			x			x			x			x			
Capacitação sobre a notificação de casos.																									
Treinamento sobre emergências obstétricas.	x				x				x				x				x					x			
Monitoramento da adesão aos protocolos de assistência			x			x			x				x			x			x			x			x
Organização de curso ou oficina sobre temas relevantes para a prevenção da mortalidade materna						x						x							x					x	



5.7.3.15 COMISSÃO DE MORTALIDADE NEONATAL

A Comissão de Mortalidade Neonatal (CMN) é um grupo multidisciplinar que atua na análise dos óbitos neonatais (corridos entre 0 e 27 dias de vida), com o objetivo de identificar causas evitáveis, avaliar a qualidade da assistência à saúde e propor melhorias nas práticas e políticas públicas. Sua atuação visa reduzir a mortalidade neonatal e melhorar o atendimento materno-infantil.

OBJETIVOS

O CMN desempenha um papel fundamental na melhoria da assistência à saúde neonatal, com as seguintes finalidades:

1.1 Análise e Investigação de Óbitos Neonatais

- identificar os fatores de risco associados à mortalidade neonatal.
- Diferenciar mortes evitáveis de não evitáveis.
- Analisar falhas assistenciais que possam ter contribuído para o óbito.

1.2 Avaliação da Qualidade da Assistência

- Revisar o atendimento prestado à gestante, ao parto e ao recém-nascido.
- Avaliar a atuação dos profissionais e a estrutura dos serviços de saúde.
- Sugerir melhorias em protocolos clínicos e operacionais.

1.3 Prevenção e Redução da Mortalidade Neonatal

- Implementar ações baseadas nas análises realizadas.
- Melhorar a capacitação dos profissionais de saúde.
- Fortalecer políticas públicas externas para a saúde materno-infantil.

1.4 Produção de Relatórios e Indicadores

- Sistematizar informações sobre óbitos neonatais.
- fornecer dados para a vigilância epidemiológica.
- Auxiliar na formulação de políticas públicas baseadas em evidências.

MEMBROS



O CMN deve ser composto por um grupo multiprofissional, garantindo uma abordagem abrangente na análise dos óbitos. Seus membros podem incluir:

- Médicos neonatologistas e obstetras – Avaliação clínica dos casos.
- Enfermeiros obstetras e neonatais – Identificação de fatores assistenciais.
- Epidemiologistas – Análise estatística dos dados.
- Assistentes sociais – Contextualização socioeconômica das famílias.
- Psicólogos – Apoio às famílias enlutadas e análise de impactos emocionais.
- Gestores da saúde pública – Implementação de medidas preventivas.

FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

A Comissão realizará reuniões ordinárias mensais, com cronograma de reuniões pré-estabelecidas e, extraordinariamente, conforme necessidade para tratar de matérias especiais ou de urgência.

As reuniões 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.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE MORTALIDADE NEONATAL

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Objetivo

Este regulamento estabelece as normas e diretrizes para o funcionamento da Comissão de Mortalidade Neonatal (CMN), com o objetivo de realizar a análise das mortes neonatais ocorridas na instituição, buscando identificar causas e fatores contribuintes, promover a melhoria da qualidade da assistência neonatal e propor ações corretivas e preventivas.

Art. 2º Definição e Composição

A Comissão de Mortalidade Neonatal é um colegiado multidisciplinar, formado por profissionais com experiência e formação nas áreas de saúde materno-infantil, com a finalidade de avaliar, discutir e propor melhorias nos processos que envolvem a mortalidade neonatal.

A comissão será composta por:



- **Presidente:** Diretor técnico ou responsável pela unidade de neonatologia.
- **Vice-Presidente:** Profissional com experiência em neonatologia ou obstetrícia.
- **Membros titulares:**
 - Neonatologistas, pediatras e obstetras.
 - Enfermeiros com experiência em cuidado neonatal.
 - Representante da gestão hospitalar.
 - Psicólogos, assistentes sociais ou profissionais da bioética (se necessário).
- **Secretário:** Profissional administrativo ou assistente responsável pela organização das reuniões e documentação.

A comissão poderá convidar outros profissionais para participar das discussões, conforme necessidade.

CAPÍTULO II ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO

Art. 3º Funções e Responsabilidades

A Comissão de Mortalidade Neonatal terá as seguintes atribuições:

1. **Análise dos casos de mortalidade neonatal:** Analisar as mortes neonatais ocorridas na instituição, realizando a investigação das causas e circunstâncias dos óbitos.
2. **Identificação de falhas no processo assistencial:** Identificar possíveis falhas nos processos de atendimento neonatal, durante o pré-natal, parto, pós-parto imediato e cuidados neonatais.
3. **Propostas de melhorias:** Elaborar sugestões de melhorias nos protocolos de atendimento, processos de treinamento e estrutura do serviço de neonatologia.
4. **Prevenção de óbitos futuros:** Sugerir medidas e políticas públicas para evitar mortes neonatais e melhorar a assistência ao recém-nascido.
5. **Monitoramento contínuo:** Acompanhar as medidas implementadas para reduzir a mortalidade neonatal e avaliar sua eficácia ao longo do tempo.
6. **Relatórios e documentação:** Elaborar relatórios anuais com análise de dados de mortalidade neonatal e relatórios de cada reunião, com recomendações para as áreas responsáveis.



Art. 4º Metodologia de Análise

1. A comissão analisará os seguintes aspectos de cada caso:
 - o Dados clínicos e históricos dos pacientes (mãe e bebê).
 - o Procedimentos realizados durante o pré-natal e parto.
 - o Condições do recém-nascido (idade gestacional, peso ao nascer, apgar, entre outros).
 - o Cuidados pós-parto prestados, incluindo a assistência neonatais imediatas.
 - o Identificação de causas diretas e indiretas da morte.
2. A análise será realizada por meio da revisão de prontuários médicos, entrevistas com profissionais envolvidos no atendimento e análise de dados epidemiológicos.
3. Em caso de necessidade, poderão ser feitas entrevistas com as famílias dos neonatos falecidos, com o intuito de obter informações adicionais e contexto social e ambiental.

CAPÍTULO III REUNIÕES E PROCEDIMENTOS

Art. 5º Frequência das Reuniões

A Comissão de Mortalidade Neonatal se reunirá mensalmente ou semanalmente, conforme a quantidade de casos, em local reservado, para garantir a confidencialidade das informações. A reunião será agendada pelo secretário da comissão, e o horário será previamente definido para garantir a presença dos membros.

Art. 6º Registro das Reuniões

1. O secretário da comissão será responsável por registrar todas as discussões e decisões tomadas durante as reuniões.
2. Ao final de cada reunião, será elaborado um relatório de análise de cada caso discutido, contendo:
 - o Descrição dos fatores contribuintes para o óbito.
 - o Recomendações para melhoria no atendimento.
 - o Propostas de alterações nos protocolos de assistência neonatal.



Art. 7º Divulgação dos Resultados

Os resultados e as recomendações geradas pelas reuniões serão enviados à administração da unidade de saúde, para que sejam implementadas as ações corretivas sugeridas. Também poderão ser apresentados aos responsáveis pelos serviços de saúde pública, conforme a relevância.

CAPÍTULO IV ÉTICA E CONFIDENCIALIDADE

Art. 8º Confidencialidade

Todos os membros da comissão deverão assinar um termo de confidencialidade, comprometendo-se a manter sigilo absoluto sobre as informações discutidas nas reuniões, especialmente em relação à identidade das famílias e dados clínicos dos pacientes. O objetivo é proteger a privacidade dos envolvidos.

Art. 9º Ética Profissional

A análise realizada pela comissão deve ser conduzida com imparcialidade, com foco em identificar falhas do sistema e sugerir melhorias, sem atribuição de culpa aos profissionais envolvidos. O principal objetivo é promover a qualidade do atendimento e a segurança do paciente.

CAPÍTULO V RELATÓRIOS E INDICADORES

Art. 10º Relatório Anual

Ao final de cada ano, a comissão deverá elaborar um **relatório anual** contendo:

- Número total de óbitos neonatais analisados.
- Principais causas identificadas.
- Ações e protocolos recomendados para melhoria.
- Acompanhamento das ações implementadas durante o ano.

Este relatório será entregue à direção da instituição e, se necessário, a órgãos governamentais ou de saúde pública.



Art. 11º Indicadores de Qualidade

A comissão deverá trabalhar com indicadores de qualidade que permitam medir a efetividade das ações recomendadas, como taxas de mortalidade neonatal, índice de prematuridade, complicações durante o parto, entre outros.

**CAPÍTULO VI
DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 12º Revisão do Regulamento

Este regulamento deverá ser revisado periodicamente (a cada 2 anos, por exemplo), para incorporar novas práticas e mudanças nos protocolos de atendimento.

Art. 13º Casos Omissos

Os casos omissos ou situações não previstas neste regulamento serão resolvidos pela comissão, de acordo com os princípios da ética e da legislação vigente.

PRAZO DE IMPLANTAÇÃO

Comissão de Mortalidade Neonatal																									
Ação	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Implantação da Comissão	x																								
Reuniões da Comissão		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x													
Implantação de normas e rotinas	x	x	x																						
Elaborar e implantar indicadores	x	x																							
Elaboração de relatório de desempenho		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x													



5.7.3.16 COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

O Decreto nº 5.591/2005, regulamenta a Lei de Biossegurança, detalhando procedimentos para avaliação de risco, aprovação de pesquisas e a composição das comissões.

A Comissão de Biossegurança no âmbito da unidade de saúde seguirá as diretrizes da Lei de Biossegurança 11.105 de 2005 que estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização sobre a construção, cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação e exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo, a liberação no meio ambiente e o descarte de organismos geneticamente modificados e seus derivados.

OBJETIVO

Esta comissão tem como objetivo garantir a segurança e a ética nas atividades que envolvem descarte de organismos geneticamente modificados e seus derivados e materiais biológicos. Sua constituição é fundamental para assegurar que as práticas adotadas respeitem a legislação vigente e promovam a saúde pública e a proteção do meio ambiente.

MEMBROS

A Comissão de Biossegurança será composta por membros permanentes representantes dos serviços de CCIH, laboratório e epidemiologia, assim como membros especialistas convidados, conforme necessário para tratar de temas específicos. Cada membro permanente deverá indicar um suplente para o caso de possíveis ausências.

FREQÜÊNCIA DE REUNIÕES

A Comissão realizará reuniões ordinárias mensais, com cronograma de reuniões pré-estabelecidas e, extraordinariamente, conforme necessidade para tratar de matérias especiais ou de urgência.

As reuniões 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.



PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Biossegurança (CBio) é um órgão colegiado, de caráter técnico-científico, consultivo e deliberativo, vinculado à Direção da unidade de saúde, com o objetivo de promover e garantir a segurança e a ética nas atividades que envolvem organismos geneticamente modificados (OGMs), seus derivados e materiais biológicos, visando à proteção dos trabalhadores, pacientes, visitantes e do meio ambiente, em conformidade com a Lei de Biossegurança nº 11.105/2005 e o Decreto nº 5.591/2005.

Art. 2º A CBio tem como finalidades:

- Garantir o cumprimento da Lei de Biossegurança e demais normas regulamentadoras;
- Elaborar, implementar e divulgar normas, procedimentos e diretrizes de biossegurança específicas para o hospital;
- Identificar, avaliar e controlar os riscos biológicos e biotecnológicos presentes nas atividades hospitalares, incluindo o descarte de OGMs e seus derivados;
- Promover a educação e o treinamento dos profissionais de saúde em biossegurança e biotecnologia;
- Investigar e analisar os acidentes de trabalho com material biológico e incidentes envolvendo OGMs, propondo medidas preventivas e corretivas;
- Monitorar o cumprimento das normas de biossegurança e avaliar a eficácia das medidas de controle;
- Assessorar a Direção do hospital em assuntos relacionados à biossegurança e biotecnologia;
- Articular-se com outros órgãos e instituições para o desenvolvimento de ações conjuntas de biossegurança e biotecnologia.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A CBio será composta por membros permanentes e membros especialistas convidados, conforme necessário para tratar de temas específicos. São membros permanentes:



- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);
- Representante do Laboratório de Análises Clínicas;
- Representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH);
- Representante do Serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho (SESMT);
- Representante da Direção do Hospital.

Parágrafo único: Cada membro permanente deverá indicar um suplente para o caso de possíveis ausências.

Art. 4º Os membros da CBio serão designados pelo Diretor do hospital, com mandato de 2 anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 5º A CBio elegerá, entre seus membros titulares, um presidente e um secretário, com mandato de 2 anos.

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º São atribuições da CBio:

- Elaborar e atualizar o Plano de Biossegurança do hospital, incluindo normas para o descarte de OGMs e seus derivados;
- Realizar inspeções periódicas nas áreas de risco biológico e biotecnológico;
- Avaliar e aprovar projetos de pesquisa e atividades que envolvam OGMs, seus derivados ou materiais biológicos de risco;
- Elaborar relatórios técnicos sobre incidentes e acidentes envolvendo material biológico ou OGMs;
- Implementar e monitorar indicadores de biossegurança;
- Promover a capacitação contínua dos profissionais em biossegurança e biotecnologia;
- Manter a documentação da CBio organizada e atualizada.

Art. 7º São atribuições do presidente da CBio:

- Convocar e presidir as reuniões da CBio;



- Representar a CBio perante outros órgãos e instituições;
- Zelar pelo cumprimento deste regimento interno.

Art. 8º São atribuições do secretário da CBio:

- Elaborar as atas das reuniões da CBio;
- Organizar e manter o arquivo da CBio;
- Divulgar as informações e documentos da CBio.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º A CBio realizará reuniões ordinárias mensais, com cronograma de reuniões pré-estabelecido, e reuniões extraordinárias, conforme necessidade para tratar de matérias especiais ou de urgência.

Art. 10º As reuniões da CBio serão realizadas com a presença da maioria absoluta de seus membros titulares.

Art. 11º As decisões da CBio serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes.

Art. 12º As reuniões da CBio serão registradas em ata resumida, contendo data, hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º Este regimento interno poderá ser alterado por proposta de qualquer membro da CBio, aprovada por maioria absoluta de seus membros titulares.

Art. 14º Os casos omissos neste regimento interno serão resolvidos pela CBio, em conformidade com a legislação vigente.

CRONOGRAMA

Comissão de Biossegurança																									
Ação	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Implantação da Comissão	x																								
Reuniões da Comissão		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Implantação de normas e rotinas	x	x	x										x	x	x										
Elaborar e implantar indicadores	x	x											x	x											
Elaboração de relatório		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação		x					x					x					x						x		



5.7.3.17 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE E DE ASSÉDIO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Prevenção de Assédio (CIPAA) é uma estrutura que visa garantir a segurança, a saúde mental e a integridade dos colaboradores dentro de uma organização. Essa comissão tem como principais objetivos a prevenção de acidentes de trabalho e a prevenção e combate ao assédio (moral, sexual, ou qualquer outra forma) no ambiente de trabalho, criando assim um ambiente mais seguro e respeitoso para todos.

1. Objetivos da CIPAA

- Prevenção de acidentes de trabalho: Garantir que os colaboradores trabalhem em condições seguras e que possíveis riscos sejam identificados e mitigados.
- Prevenção e combate ao assédio: Garantir que o ambiente de trabalho seja livre de assédio moral, sexual ou qualquer outra forma de abuso, respeitando a dignidade e os direitos dos colaboradores.
- Promoção de um ambiente saudável: Desenvolver ações educativas que envolvem tanto a segurança física quanto psicológica no ambiente de trabalho.

2. Composição da CIPAA

A CIPAA é composta por representantes tanto da direção da empresa quanto dos empregados, com o objetivo de garantir que as necessidades de segurança e respeito sejam tratadas de forma democrática e eficiente. Sua estrutura pode ser dividida da seguinte forma:

Comissão de Prevenção de Acidentes (CIPA):

1. **Presidente:** Responsável pela coordenação geral da CIPA. Normalmente, um gestor ou coordenador de segurança do trabalho.
2. **Vice-Presidente:** Eleito entre os membros da comissão, representa os interesses dos empregados e auxilia o presidente.
3. **Membros Titulares:** Representantes da empresa e dos empregados, eleitos entre os colaboradores, com o número de representantes variando conforme o porte da empresa.
4. **Membros Suplentes:** Substituem os membros titulares em suas ausências ou impedimentos temporários.



Comissão de Prevenção de Assédio:

1. **Coordenador(a):** Profissional designado, muitas vezes da área de Recursos Humanos ou Psicologia Organizacional, que lidera as ações relacionadas ao combate ao assédio.
2. **Membros:** Representantes das diferentes áreas da empresa (pode incluir setores como RH, Jurídico e Comunicação).
3. **Consultores externos:** Psicólogos, advogados ou outros especialistas que possam ser chamados para situações mais complexas, especialmente para apoiar na mediação de conflitos ou nas investigações.

3. Atribuições da CIPAA

Atribuições da CIPA:

1. Identificação de riscos: Avaliar e identificar possíveis riscos de acidentes de trabalho em todas as áreas da empresa.
2. Propostas de melhorias: Sugerir melhorias no ambiente de trabalho para garantir a segurança dos colaboradores.
3. Campanhas educativas: Organizar treinamentos e campanhas sobre segurança no trabalho, uso correto de equipamentos e prevenção de doenças ocupacionais.
4. Investigação de acidentes: Quando ocorrer um acidente de trabalho, a CIPA deve investigar as causas e propor medidas corretivas.
5. Acompanhamento de normas e regulamentos: Acompanhar a implementação e cumprimento de normas regulamentadoras de segurança do trabalho.

Atribuições da Comissão de Prevenção de Assédio:

1. Promoção de um ambiente saudável: Desenvolver e aplicar treinamentos sobre assédio no local de trabalho, informando os colaboradores sobre o que caracteriza o assédio e como evitá-lo.
2. Recebimento de denúncias: Estabelecer canais seguros e confidenciais para que os colaboradores possam denunciar casos de assédio de forma anônima ou identificada.
3. Investigação de denúncias de assédio: A comissão deve investigar as denúncias de forma imparcial, assegurando que todas as partes sejam ouvidas e que a resolução seja justa.
4. Apoio às vítimas: Oferecer apoio psicológico e jurídico às vítimas de assédio, garantindo que elas recebam o suporte necessário durante o processo.



5. Definição de políticas internas: Criar e implementar políticas claras sobre assédio no trabalho, estabelecendo as consequências para comportamentos inadequados.

4. Procedimentos e Canais de Denúncia

CIPA - Denúncias de Acidentes de Trabalho:

- Canais de denúncia: Implementação de uma caixa de sugestões ou sistemas digitais, onde os colaboradores podem comunicar riscos de acidentes ou condições inseguras no trabalho.
- Ação: A CIPA deve agir rapidamente para investigar e corrigir as condições que possam causar acidentes. Relatórios periódicos sobre segurança e riscos devem ser feitos e compartilhados com a gestão.

Comissão de Prevenção de Assédio - Denúncias de Assédio:

1. Canais de denúncia confidenciais:

- o **Ouvidoria:** Sistema de ouvidoria onde o colaborador pode reportar casos de assédio de forma anônima.
- o **E-mail dedicado ou formulário online:** Ferramentas digitais para facilitar o envio de denúncias.
- o **Reuniões com representantes da comissão:** Sessões individuais para que o colaborador possa falar diretamente com um membro da comissão.

2. Investigação e Ação:

- o A comissão deve investigar as denúncias, sempre com imparcialidade e respeito aos direitos de todas as partes.
- o A vítima será apoiada durante o processo, e se o assédio for confirmado, serão aplicadas medidas corretivas (como advertências, suspensão ou até demissão).

5. Regulamento Interno da CIPAA

O regulamento interno da CIPAA deve estabelecer as normas e diretrizes para o funcionamento da comissão, assim como os direitos e deveres dos seus membros e dos colaboradores. Abaixo, um exemplo simplificado de estrutura do regulamento.



REGIMENTO INTERNO COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE E DE ASSÉDIO

CAPÍTULO I DO OBJETO, FINALIDADE E ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art. 1º Este Regimento Interno dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidente e de Assédio (CIPA) da unidade de saúde, estabelecendo as bases, objetivos, funcionamento e procedimentos diversos desta Comissão no âmbito da ampla gestão e atividade hospitalar.

Parágrafo único. A CIPA é definida como instrumento que atuará conjuntamente com os órgãos da Administração, Comissões e outros institutos internos ou externos na promoção da melhoria das condições de saúde, qualidade de vida, humanização, trabalho e integração das políticas preventivistas a serem estabelecidas e implantadas no âmbito da unidade de saúde.

Art. 2º O presente regimento é composto unicamente pela Norma Regulamentadora NR-5 da Portaria nº 3.214/78 do Ministério do Trabalho, com a última redação dada pela Portaria MTP nº 422, de 20 de dezembro de 2022 do mesmo Ministério.

Art. 3º A Comissão Interna de Prevenção de Acidente e de Assédio (CIPA) tem por objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e promoção da saúde do trabalhador.

Parágrafo único. Além do disposto no caput, a CIPA busca a melhoria das condições de trabalho dos empregados públicos e demais colaboradores da unidade de saúde, bem como prevenir as situações de assédio

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA

SEÇÃO I DA COMPOSIÇÃO



Art. 4º A CIPA será composta de representantes da Administração e dos empregados públicos, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR-5 do MTE, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos, tendo a seguinte composição:

- I – Presidente;
- II – Vice-presidente;
- III - Secretário;
- IV- Vice-secretário
- V – Membros Titulares;
- VI - Suplentes.

Art. 5º Os representantes da Administração, titulares e suplentes, serão por ela designados.

Parágrafo único. Os designados serão escolhidos de tal forma que esteja representada a maior parte dos setores e unidades hospitalares que compõem a unidade de saúde, preferencialmente incluída a representação dos que oferecerem maior risco.

Art. 6º Os representantes dos empregados públicos, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados públicos interessados.

SEÇÃO II DO MANDATO E DESTITUIÇÃO

Art. 7º O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição ou redesignação, respectivamente.

Art. 8º A ausência de membro da Comissão a mais de 4 (quatro) reuniões, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa por escrito apresentada com antecedência de até 1h antes do início da reunião, implicará perda do mandato, sendo substituído pelo suplente.

SEÇÃO III DA SUBSTITUIÇÃO E VACÂNCIA



Art. 9º É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Assédio desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

§ 1º Os titulares da representação dos empregados na CIPA não poderão ser transferidos para outro estabelecimento.

§ 2º Não se aplica a vedação do caput deste artigo e seu § 1º ao empregado que cometer falta grave, devidamente apurada em procedimento disciplinar próprio e específico do IGEDES que venha a resultar na aplicação das penas de demissão ou dispensa, ou em caso de exoneração, transferência ou dispensa a pedido ou com anuência do próprio empregado.

Art. 10º A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos serem registrados em ata de reunião.

§ 1º Ocorrendo afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

§ 2º No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 11º Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, a empresa deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

§ 1º O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

§ 2º O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.



CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 12º A CIPA terá por atribuições:

- I. 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/SOST;
- II. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho, bem como de assédio;
- III. 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;
- IV. Realizar, periodicamente, inspeções nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores, avaliando situações de assédio, além de notificar o SESMT/SOST e a Administração;
- V. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que forem identificadas;
- VI. Propor, realizar e/ou auxiliar na realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, bem como de redução de situações de assédio, julgadas necessárias por iniciativa própria ou por sugestões dos trabalhadores, encaminhando-os ao SESMT e aos representantes da Administração;
- VII. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VIII. Participar, com o SESMT/SOST das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores e situações que possam reduzir situações de assédio;



- IX. Determinar paralisação de atividade, máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- X. Considera-se risco grave e iminente toda condição ambiental de trabalho que possa causar acidente ou doença ao profissional, resultando lesão à saúde ou integridade física ou psíquica do trabalhador;
- XI. Depois de paralisada a atividade, máquina ou setor, o membro da CIPA responsável pela paralisação deverá convocar imediatamente no mínimo mais 02 (dois) integrantes da CIPA ou SESMT/SOST, para decidirem sobre a manutenção ou cancelamento da referida paralisação.
- XII. Qualquer colaborador da unidade de saúde, na constatação de risco grave e iminente na execução de seu trabalho, deverá encaminhar denúncia por escrito, através de requerimento digital, e-mail ou escrito a próprio punho à CIPA, para que a mesma tome as medidas cabíveis;
- XIII. Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- XIV. 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;
- XV. Participar, em conjunto com o SESMT/SOST ou com a Administração da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho, bem como de situações geradoras de assédio, e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- XVI. Por ocasião da investigação dos acidentes (inclusive os de trajeto) e doenças relacionadas com o trabalho, convocar os trabalhadores para tomada de informações, depoimentos e dados ilustrativos e/ou esclarecedores. As investigações deverão analisar as causas dos acidentes/doenças e indicar medidas corretivas e de prevenção de ocorrências;



- XVII. Contribuir com a realização de estudos epidemiológicos, no diagnóstico dos problemas de saúde e na elaboração de ações de saúde, visando à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores;
- XVIII. Acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuado por instituições da área de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados ou laudos periciais;
- XIX. Fiscalizar e discutir as formas de organização do trabalho, visando garantir a saúde, a segurança dos trabalhadores e a qualidade do meio ambiente;
- XX. Requisitar à Administração e analisar as informações sobre questões que possam interferir na segurança e saúde dos trabalhadores;
- XXI. Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- XXII. Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT/SOST a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- XXIII. A SIPAT, em sua programação, deverá difundir o trabalho da CIPA, desenvolvendo um conjunto de atividades de promoção da saúde do trabalhador, abordando temas e riscos, relativos a saúde, ao assédio, ao interesse de todos.
- XXIV. A SIPAT deverá ser realizada dentro do horário normal de expediente dos trabalhadores.
- XXV. Participar, anualmente, em conjunto com a Administração, de Campanhas de Prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA (AIDS) e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST.
- XXVI. Afixar em seu local próprio bem como nos quadros de aviso da empresa e da unidade de saúde, as atas de reuniões da CIPA, além de todo e qualquer documento ou informações relacionadas às condições de trabalho e meio ambiente;
- XXVII. Incluir temas referentes à prevenção e ao combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho nas suas atividades e práticas



CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I DAS ATRIBUIÇÕES DO PRESIDENTE DA CIPA

Art. 13º São atribuições do presidente da CIPA

- I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II. Determinar tarefas para os membros da CIPA;
- III. Presidir as reuniões, encaminhando à Administração ao SESMT/SOST as recomendações aprovadas e acompanhar a sua execução;
- IV. Manter a Administração informada sobre os trabalhos da CIPA;
- V. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
- VI. Delegar atribuições ao Vice-Presidente;

SEÇÃO II DAS ATRIBUIÇÕES DO VICE-PRESIDENTE

Art. 14º São atribuições do Vice-Presidente:

- I. Executar atribuições que lhes forem delegadas;
- II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários

SEÇÃO III DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS AO PRESIDENTE E VICE-PRESIDENTE

Art. 15º São atribuições comuns do Presidente e do Vice-Presidente da CIPA:

- I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;



- II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT/SOST;
- V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- VI. encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- VII. constituir a comissão eleitoral.

SEÇÃO IV DAS ATRIBUIÇÕES DOS SECRETÁRIOS

Art. 16º São atribuições dos Secretários da CIPA:

- I. Elaborar as atas das eleições de posse e das reuniões, apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- II. Preparar a correspondência geral e as comunicações para as reuniões;
- III. Manter o arquivo da CIPA atualizado;
- IV. Providenciar para que as atas sejam assinadas por todos os membros da CIPA que participaram das reuniões;
- V. Outras que lhe forem conferidas.

SEÇÃO V DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIPA

Art. 17º São atribuições dos membros da CIPA:

- I. Elaborar calendário das reuniões da CIPA;
- II. Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e deliberando sobre as recomendações;
- III. Investigar os acidentes de trabalho, isoladamente ou em grupo, e discutir os acidentes ocorridos;
- IV. Frequentar o curso para os integrantes da CIPA, na forma que vier a ser regulamentado;
- V. Cuidar para que todas as atribuições da CIPA sejam cumpridas durante a respectiva gestão.



VI. Outras que lhe forem conferidas

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 18º Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizam suas atividades normais na unidade de saúde.

§ 1º A Administração disponibilizará sala própria e exclusiva para o funcionamento da CIPA bem como os materiais e equipamentos que visem atender as suas necessidades administrativas e funcionais.

Art. 19º A Administração deverá garantir que seus designados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

Art. 20º A Administração designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 21º Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Parágrafo único. A organização deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA.

Art. 22º Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância da Administração.

Art. 23º A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Parágrafo único. A documentação indicada no caput desse artigo deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria preponderante, quando solicitada.



Art. 24º A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pela Administração, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

Art. 25º As reuniões ordinárias serão realizadas preferencialmente de forma presencial, porém com a possibilidade de ocorrer de forma remota, conforme disposição do item 5.6.2 da NR 05 do TEM.

§1º Qualquer colaborador poderá participar das reuniões da CIPA seja como convidado ou como ouvinte.

Art. 26º As atas das reuniões devem ser disponibilizadas a todos os integrantes da CIPA, podendo ser por meio eletrônico.

Art. 27º As deliberações e encaminhamentos das reuniões da CIPA devem ser disponibilizadas a todos os empregados em quadro de aviso ou por meio eletrônico.

Art. 28º As atas ficarão no estabelecimento, em meio digital, à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 29º Nas atas lavradas constarão os assuntos tratados, as posições majoritárias e minoritárias, a discriminação dos votos e as deliberações.

Parágrafo único. As atas lavradas serão lidas e submetidas à aprovação na reunião subsequente.

Art. 30º Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- II. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- III. Houver solicitação expressa de uma das representações.



Art. 31º As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião, cuja decisão será tomada por maioria simples (ou outro quórum) dos seus membros, tendo o presidente voto de desempate.

Art. 32º Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Parágrafo único. O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

CAPÍTULO VI DO TREINAMENTO

Art. 33º A unidade de saúde na gestão do IGEDES deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Parágrafo único. O treinamento de CIPA, em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art. 34º O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo de trabalho;
- II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
- III. Noções sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho decorrentes das condições de trabalho e da exposição aos riscos existentes no estabelecimento e suas medidas de prevenção;
- IV. Noções sobre a inclusão de pessoas com deficiência e reabilitados nos processos de trabalho;



- V. Noções sobre as legislações trabalhistas e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e das medidas de controle dos riscos;
- VII. Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão;
- VIII. Prevenção e combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho

Art. 35º O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da unidade de saúde.

Art. 36º O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT/SOST da unidade de saúde, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimento sobre os temas ministrados.

Art. 37º A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo a unidade de saúde escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

CAPÍTULO VII DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 38º Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso, devendo ser realizadas de modo a permitir que nos 15 (quinze) dias antecedentes do mandato possam os novos membros preparar-se para exercer suas funções.

Parágrafo único. A unidade de saúde estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato representante de seus empregados públicos.

Art. 39º O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Parágrafo único - Se ainda não houver CIPA em exercício, a Comissão Eleitoral será constituída pela Administração.



Art. 40º O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- I. Publicação e divulgação de edital de convocação da eleição e abertura de prazos para inscrição de candidatos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico;
- II. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de 15 (quinze) dias corridos;
- III. Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante em meio físico ou eletrônico;
- IV. Garantia de emprego até a eleição para todos os empregados inscritos;
- V. Publicação e divulgação da relação dos empregados inscritos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico;
- VI. Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- VII. Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados do estabelecimento;
- VIII. Voto secreto;
- IX. Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante da organização e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral, facultado o acompanhamento dos candidatos; e
- X. Organização da eleição por meio de processo que garanta tanto a segurança do sistema como a confidencialidade e a precisão do registro dos votos.

Art. 41º Na hipótese de haver participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá prorrogar o período de votação para o dia subsequente, computando-se os votos já registrados no dia anterior, a qual será considerada válida com a participação de, no mínimo, um terço dos empregados.

Art. 42º Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 43º Em caso de empate, assumirá o empregado que tiver mais tempo de serviço como empregado público da unidade de saúde.

IGEDES - Instituto de Gestão e Desenvolvimento | CNPJ: 05.696.218/0001-46

Avenida das Américas, 3500 - Bloco 7, Sl 704 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro-RJ | CEP: 22640-102
Tel. (21) 3598-2371 / 3598-237 | oficios@igedes.org.br

4705



Art. 44º 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 se suplentes.

CAPÍTULO XI DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 45º Este Regimento Interno poderá ser alterado preferencialmente por consenso.

§1º Não havendo consenso e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

§2º No caso do §1º, o quórum mínimo necessário para a votação é de 75% de seus membros.

§3º As alterações realizadas deverão ser aprovadas pelo Colegiado Executivo da unidade de saúde.

Art. 46º Sempre que alguma empresa atuar nas dependências da unidade de saúde, a CIPA ou designado da própria Administração deverá, em conjunto com as contratadas ou com os designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA ou congêneres existentes no estabelecimento.

Art. 47º As disposições contidas abaixo aplicam-se, no que couber, aos servidores cedidos de fato ou de direito e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Reguladoras de setores econômicos específicos.

Art. 48º Os casos omissos e dúvidas sobre a aplicação deste Regimento Interno serão resolvidos pelo Superintendente da unidade de saúde.

Art. 49º Este Regimento Interno e suas alterações deverão observar a legislação específica estabelecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

CRONOGRAMA

ATIVIDADE	COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE E DE ASSÉDIO																							
	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Implantação da Comissão	X	x												x										
Reunião ordinária CIPA				x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Treinamento do PGRSS e EPI's					x			x									x			x				
PPRA				x												x								
PCMSO				x												x								
Informe de acidentes ao TEM					x												x							
Treinamento NR 32									x	x	x											x	x	x
Brigada de Incêndios		x											x											
CIPA Itinerante				x			x								x				x					
Campanha de Conscientização sobre Assédio Moral e Sexual						x					x							x					x	
Pesquisa de Clima Organizacional (para identificar comportamentos de assédio)		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		
Revisão de Políticas de Prevenção de Acidentes e de Assédio		x						x							x								x	
Mapa de Riscos							x											x						



5.7.3.18 COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

A Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM, é um órgão consultivo, não deliberativo de assessoria vinculado à Direção Administrativa e, tem por finalidade padronizar e qualificar os produtos para saúde a serem adquiridos pela unidade hospitalar, a fim de facilitar os processos de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e gerenciamento do estoque, de acordo com a Lei 9.784/1999.

Membros e Componentes

A Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM, deverá ser constituída por no mínimo sete (7) membros, compondo uma estrutura com (Presidente, Secretário e Membros), dentre seus membros deverá haver representantes das unidades produtivas da instituição tais como, administrativas, almoxarifado, engenharia clínica, médico, enfermagem, farmacêutico e da qualidade, indicados pela Direção Administrativa e Direção Técnico Assistencial.

Frequência de Reuniões

A Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM reunir-se-á ordinariamente uma (1) vez a cada mês durante o exercício, com data, local e horário, previamente definidos e informados e, extraordinariamente, sempre que necessário.

Objetivos da Comissão

- Desenvolver e supervisionar as políticas e práticas de uso de materiais hospitalares;
- Assegurar que o processo adequado de qualificação e padronização dos materiais para saúde a serem adquiridos, estejam de acordo com os padrões técnicos de qualidade para sua utilização;
- Elaborar a padronização de materiais médico-hospitalares e medicamentos de uso contínuo, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as características físicas, mecânicas, de acabamento e de aplicabilidade, possibilitando a orientação do processo de compra;
- Estabelecer protocolos para os processos de trabalho da comissão;
- Gerenciar testes, avaliação e emissão de parecer técnico de materiais médico-hospitalares e medicamentos de uso contínuo da unidade de saúde;
- Gerenciar a listagem de materiais médico-hospitalares e medicamentos de uso contínuo;
- Manter processo constante de atualização da listagem, considerando as inovações



- tecnológicas e as normas reguladoras;
- Prestar assessoria técnica à Direção Administrativa, Direção Técnico Assistencial e Direção Executiva da unidade de saúde, bem como ao serviço de compras;
 - Realizar avaliação permanente da qualidade dos materiais adquiridos para uso contínuo na unidade de saúde;
 - Garantir que os materiais médico-hospitalares da unidade de saúde estejam em conformidade com a legislação sanitária, com as normas técnicas vigentes, de acordo com os padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela Comissão;
 - Elaborar e manter atualizado Caderno de Especificação de material médico-hospitalares e medicamentos de uso contínuo na unidade de saúde;
 - Encaminhar para apreciação da Direção Administrativa, Direção Técnico Assistencial e Direção Executiva, as novas solicitações de padronização de material médico-hospitalares, que tenham sido recebidos para avaliação da Comissão, com a devida justificativa e embasamento teórico de sua utilização;
 - Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno;
 - Elaborar POPs, Fluxos e Protocolos pertinentes;
 - Elaborar e ministrar treinamentos sobre assuntos pertinentes a padronização de material médico hospitalar e medicamentos e acompanhar a taxa de adesão aos treinamentos;
 - Elaborar Relatório mensal apresentando indicadores, análises e cumprimento do Plano de Trabalho.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

I. DA COMISSÃO

Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos – CPMM

II. DA FINALIDADE

A Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM, é um órgão consultivo, não deliberativo de assessoria vinculado à Direção Administrativa e, tem por finalidade padronizar e qualificar os produtos para saúde a serem adquiridos pela unidade hospitalar, a fim de facilitar os processos de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e gerenciamento do estoque, de acordo com a Lei 9.784/1999, atendendo as seguintes definições:



- ✓ **Produtos para Saúde:** são os materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.
- ✓ **Especificação técnica:** é a descrição minuciosa das características do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação matéria prima, que compõe o produto, dimensões, tipo de fechamento, tipo de apresentação, gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou não, métodos de fabricação, acabamento, tipo de embalagem, se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico - químico método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessado ou reesterilizado.
- ✓ **Padronização:** é a incorporação de um material à lista de materiais, passível de ser comprado para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização no hospital, após sua pré-qualificação.
- ✓ **Pré-qualificação:** compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decisão de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.
- ✓ **Parecer Técnico:** é uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação pertinente, com caráter deliberativo da seleção do produto.

III. DA COMPOSIÇÃO

A Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM, deverá ser constituída por no mínimo sete (7) membros, compondo uma estrutura com (Presidente, Secretário e Membros), dentre seus membros deverá haver representantes das unidades produtivas da instituição tais como, administrativas, almoxarifado, engenharia clínica, médico, enfermagem, farmacêutico e da qualidade, indicados pela Direção Administrativa e Direção Técnico Assistencial, conforme nominata (Anexo I). O presidente deverá ser escolhido pela Direção Executiva e o Secretário da CPMM deverá ser escolhidos entre seus membros.

IV. DO MANDATO

O mandato deverá ser de trinta (30) meses, renovável conforme deliberação da Direção Executiva. A relação dos membros, objeto da composição desta Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM, bem como as substituições de qualquer membro, a qualquer momento, deverão ser aprovadas e publicizadas pela Direção Executiva, por meio de Portaria



Interna. O mandato de qualquer um dos membros terá seu término automático mediante a ausência a três reuniões ordinárias sem justificativa registrada em ata.

No caso de término de mandato ou de substituição de um ou mais membros por não comparecimento a três reuniões sem justificativa no período de doze meses, a proposta dos nomes dos novos integrantes deverá ser encaminhada à Coordenação das Comissões Hospitalares para que seja providenciada a avaliação e aprovação pela Direção Executiva.

V. DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

A Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM reunir-se-á ordinariamente uma (1) vez a cada mês durante o exercício, com data, local e horário, previamente definidos e informados e, extraordinariamente, sempre que necessário. A Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM, no início de cada exercício, deverá encaminhar à Coordenação das Comissões o Plano de Trabalho e o cronograma com as datas pré-estabelecidas para a realização das reuniões ordinárias para cada exercício (Anexo II).

As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM deverão ser realizadas com a antecedência mínima de 48 horas, pelas vias de comunicação institucional, incluindo proposição de pauta.

Na ausência do Presidente, outro membro, devidamente qualificado, poderá assumir a condução da reunião da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM e a seu critério, poderá realizar a reunião, sendo respeitado o quórum mínimo (50%+1), salvo em casos especiais, como em reuniões extraordinárias, justificando em ata as ausências.

Todas as reuniões ordinárias e/ou extraordinárias deverão ser registradas em ata, conforme modelo padrão institucionalizado. Na ata deverá constar a relação de participantes presentes com assinatura e carimbo, a pauta, o registro fidedigno das discussões, inclusive a justificativa das ausências, e encaminhamentos propositivos. A lista de presença, devidamente assinada e carimbada pelos presentes na reunião, deverá ser anexada a ata.

A cada reunião ordinária ou extraordinária, a ata da reunião anterior deverá ser lida para que todos os presentes estejam alinhados com seu conteúdo e ao monitoramento dos encaminhamentos.

Por se tratar de órgão consultivo, não deliberativo, todas as propostas que interfiram no funcionamento ou processo de trabalho das unidades produtivas deverão ser encaminhadas à Direção Administrativa, Direção Técnico Assistencial e Direção Executiva para análise e aprovação. Todos os encaminhamentos que necessitem de conhecimento, aprovação e/ou



monitoramento de qualquer uma das direções da unidade de saúde deverá ser encaminhada à Coordenação das Comissões por e-mail.

As atas e listas presença devidamente registradas, assinadas e carimbadas deverão ser entregues ao Coordenador das Comissões em sua forma física para o devido arquivamento documental, bem como ser enviada por e-mail para que seja digitalizada e devidamente arquivada.

VI. DAS ATRIBUIÇÕES

1.1. Compete a Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos – CPMM:

- 1.1.1. Desenvolver e supervisionar as políticas e práticas de uso de materiais hospitalares;
- 1.1.2. Assegurar que o processo adequado de qualificação e padronização dos materiais para saúde a serem adquiridos, estejam de acordo com os padrões técnicos de qualidade para sua utilização;
- 1.1.3. Elaborar a padronização de materiais médico-hospitalares e medicamentos de uso contínuo, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as características físicas, mecânicas, de acabamento e de aplicabilidade, possibilitando a orientação do processo de compra;
- 1.1.4. Estabelecer protocolos para os processos de trabalho da comissão;
- 1.1.5. Gerenciar testes, avaliação e emissão de parecer técnico de materiais médico-hospitalares e medicamentos de uso contínuo da unidade de saúde;
- 1.1.6. Gerenciar a listagem de materiais médico-hospitalares e medicamentos de uso contínuo;
- 1.1.7. Manter processo constante de atualização da listagem, considerando as inovações tecnológicas e as normas reguladoras;
- 1.1.8. Prestar assessoria técnica à Direção Administrativa, Direção Técnico Assistencial e Direção Executiva da unidade de saúde, bem como ao serviço de compras;
- 1.1.9. Realizar avaliação permanente da qualidade dos materiais adquiridos para uso contínuo na unidade de saúde;
- 1.1.10. Garantir que os materiais médico-hospitalares da unidade de saúde estejam em conformidade com a legislação sanitária, com as normas técnicas vigentes, de acordo com os padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela Comissão;
- 1.1.11. Elaborar e manter atualizado Caderno de Especificação de material médico-hospitalares e medicamentos de uso contínuo na unidade de saúde;



- 1.1.12. Encaminhar para apreciação da Direção Administrativa, Direção Técnico Assistencial e Direção Executiva, as novas solicitações de padronização de material médico-hospitalares, que tenham sido recebidos para avaliação da Comissão, com a devida justificativa e embasamento teórico de sua utilização;
- 1.1.13. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno;
- 1.1.14. Elaborar POPs, Fluxos e Protocolos pertinentes;
- 1.1.15. Elaborar e ministrar treinamentos sobre assuntos pertinentes a padronização de material médico hospitalar e medicamentos e acompanhar a taxa de adesão aos treinamentos;
- 1.1.16. Elaborar Relatório mensal apresentando indicadores, análises e cumprimento do Plano de Trabalho.

1.2. Compete ao Presidente

- 1.2.1. Convocar e presidir as reuniões mensais e extraordinárias da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos – CPMM;
- 1.2.2. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- 1.2.3. Assessorar a direção, quando solicitado;
- 1.2.4. Supervisionar e assinar relatórios, atas e outros documentos;
- 1.2.5. Representar a Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM ou indicar representantes;
- 1.2.6. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno;
- 1.2.7. Elaborar POPs, Fluxos e Protocolos pertinentes;
- 1.2.8. Elaborar Caderno de Especificação de material médico hospitalar e medicamentos padronizados;
- 1.2.9. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

1.3. Compete ao Secretário

- 1.3.1. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM;
- 1.3.2. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes;
- 1.3.3. Expedir o ato de convocação, conforme indicação do Presidente;
- 1.3.4. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM;
- 1.3.5. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões



- proferidas nos respectivos processos;
- 1.3.6. Elaborar documentos decorrentes dos encaminhamentos da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos – CPMM;
 - 1.3.7. Elaborar relatórios, apresentações.
- 1.4. Compete aos membros da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM:**
- 1.4.1. Eleger o Presidente e o Secretário da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM;
 - 1.4.2. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
 - 1.4.3. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM, para discussão e execução, no prazo mínimo de até 30 dias;
 - 1.4.4. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM, devendo estas ser entregues à Secretária da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
 - 1.4.5. Requisitar à Secretária, ao Presidente da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM e aos demais integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
 - 1.4.6. Justificar ausência com antecedência;
 - 1.4.7. Elaborar relatório de atividades da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
 - 1.4.8. Propor ao Presidente medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos;
 - 1.4.9. Auxiliar na implementação dos Planos de Ação, Fluxos, POPs, Protocolos e Treinamentos.

VII. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM e posteriores encaminhamentos à Direção Executiva da unidade de saúde para aprovação;

O presente Regimento Interno só poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos - CPMM, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária



por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação da Direção Executiva unidade de saúde;

Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Executiva da unidade de saúde, ficando revogadas as disposições em contrário, e terá sua validade por tempo indeterminado, devendo ser atualizado sempre que houver mudanças na legislação pertinente a seu objeto.



CRONOGRAMA

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS																								
ATIVIDADE	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Reuniões	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação de Novos Materiais e Medicamentos	x					x					x					x					x			
Atualização da Lista Padronizada		x													x						x			
Capacitação e Treinamento						x				x					x								x	
Elaboração de relatórios parciais sobre o desempenho da comissão	x					x								x							x			
Análise de relatórios de consumo e estoque	x		x			x					x				x					x			x	



5.7.3.19 COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Segundo a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Segurança do Paciente significa "redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde".

Neste mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, instituiu a obrigatoriedade da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, que devem ter os seguintes princípios: melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; disseminação sistemática da cultura de segurança; articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Neste contexto, a Comissão de Segurança do Paciente da unidade de saúde terá a missão de planejar e implementar medidas que protejam os pacientes dos riscos causados pelo cuidado em saúde, sejam eles advindos do uso de produtos, equipamentos e/ou serviços, promovendo a cultura de segurança e a gestão de riscos, tendo como princípios: garantia das boas práticas de funcionamento dos serviços ofertados, disseminação sistemática da cultura de segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde na unidade de saúde. Esta Comissão é de responsabilidade da Direção Geral, que deverá assegurar todas as condições para o seu adequado funcionamento, incluindo, o espaço físico, infraestrutura, recursos materiais e humanos, assim como os meios necessários para adequar a atenção à saúde aos padrões de segurança definidos pelas legislações vigentes. Também caberá a Comissão atuar na identificação, monitoramento, análise, notificação e prevenção dos riscos relacionados à ocorrência de eventos adversos (incidentes que resultam em danos à saúde, ou seja, em comprometimento da estrutura ou função do corpo), garantindo uma assistência segura e de qualidade ao paciente.

Os membros da Comissão reunir-se-ão mensalmente para analisar as ocorrências, realizar notificações de eventos adversos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e propor medidas para redução de sua ocorrência. A Comissão será formada por equipe multidisciplinar e os seus membros serão indicados pela Direção Geral da unidade de saúde.

Os eventos adversos serão ser notificados por todos os profissionais de saúde por meio do formulário específico a ser implantado pela Comissão de Segurança do Paciente. Não será necessária a identificação da pessoa que está preenchendo o Formulário.



MEMBROS E COMPONENTES (PERFIL)

A Comissão de Segurança do Paciente será composta por dois comitês internos: comitê executivo e um comitê Facilitador. A Comissão executiva, encabeçada pela Coordenação da Comissão de Segurança do Paciente, contará com a participação de gestores da unidade de saúde, representante do Serviço de Infecção Hospitalar e Epidemiologia, Educação Permanente, Farmácia, Nutrição, higienização e Padronização Infraestrutura. A este grupo caberá deliberar, implementar e avaliar as medidas, com vistas à readequação das propostas.

O Comitê Facilitador será composto pelos Coordenadores e Responsável Técnico de cada serviço, servindo como consultores do processo, contribuindo para a decisão das melhores formas de implementação e manutenção das metas de segurança. A Comissão de Segurança do Paciente deverá contar com a participação de um membro do conselho deliberativo da unidade de saúde, ou seja, algum membro da direção, em alguma instância da Comissão de Segurança do Paciente.

A Comissão de Segurança do Paciente deverá realizar reuniões periódicas entre os seus integrantes, os integrantes de seus comitês e a direção da unidade de saúde.

A Comissão de Segurança do Paciente deverá elaborar o Plano de Segurança do Paciente, determinando prazos para a implementação progressiva dos seis protocolos propostos pelo Ministério da Saúde e organizando as etapas subsequentes de avaliação e monitoramento do referido plano.

A Comissão de Segurança do Paciente deverá em parceria com o serviço de Educação Permanente da unidade de saúde, promover discussões, debates e treinamentos em serviço, de forma a disseminar a cultura de prevenção de erros. Deverá também buscar outras estratégias para a divulgação das informações de interesse institucional e ferramentas de comunicação e notificação.

OBJETIVOS DA COMISSÃO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO

- Analisar as ocorrências, realizar notificações de eventos adversos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e propor medidas para redução de sua ocorrência.
- Realizar o monitoramento dos produtos hospitalares bem como a notificação de ocorrências à ANVISA.
- Assessorar a Direção, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais



- Delimitar as responsabilidades relacionadas à segurança do paciente, no âmbito das equipes de gestão da unidade de saúde e das respectivas instâncias de gestão
- Elaborar o Plano de Segurança do Paciente, com ênfase nas metas preconizadas pelo Ministério da Saúde e pelo Plano de Segurança do Paciente adotado pela SMS do Rio de Janeiro.
- Apresentar os instrumentos de avaliação utilizados para a construção do diagnóstico situacional com relação à segurança do paciente na unidade de saúde
- Conduzir os trabalhos de em consonância com as ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)
- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente
- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços da unidade de saúde.
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos, bem como notificá-los Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos
- Compartilhar e divulgar os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos
- Manter a guarda e disponibilizar a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES

Os membros da Comissão se reunirão mensalmente, com data, local e horário, previamente definidos e informados a todos os membros da comissão, para analisar as ocorrências, realizar notificações de eventos adversos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e propor medidas para redução de sua ocorrência.



PROPOSTA REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

OBJETIVO

A Comissão de Segurança do Paciente tem por finalidade promover a prevenção, controle e mitigação de incidentes, integração dos setores, auxiliar na articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente, assessorar os colaboradores da unidade de saúde, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais.

APLICAÇÃO

A Comissão de Segurança do Paciente atuará na assistência ao paciente em todos os setores da unidade de saúde.

RESPONSABILIDADES

As responsabilidades/atribuições do coordenador do grupo incluirão as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;
- IV. Conduzir trabalhos.

ATRIBUIÇÕES

As atribuições dos membros executores do grupo incluirão as seguintes atividades:

- I. Produzir documentos;
- II. Realização de trabalhos voltados a segurança do paciente;
- III. Levar pautas para reunião;
- IV. Desenvolvimento de ações pertinentes.

As atribuições dos membros consultores do grupo incluirão as seguintes atividades:

- I. Apoio relacionado aos assuntos técnicos das suas responsabilidades;



- II. Comparecimento nas reuniões quando convocados;
- III. Desenvolvimento de ações quando cabíveis.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Este regimento interno só poderá ser alterado em reunião ordinária, havendo item específico em pauta. O presente regulamento entra em vigor após assinatura de aprovação da Diretoria Geral da unidade de saúde.

INDICADORES RELACIONADOS A CSP

- Taxas de infecção relacionada ao cateter venoso central.
- Taxa de lesão por pressão.
- Índice de quedas.
- Números de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
- Cirurgia e ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.
- Cirurgia ou outro procedimento invasivo no paciente errado.

DESCRIÇÃO

Segundo a RDC nº. 36/2013, o NSP é "a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente", consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

PLANEJAMENTO

A CSP se reúne mensalmente em reuniões ordinárias e poderá de acordo com a urgência reunir-se extraordinariamente. Podendo haver reuniões dos subgrupos quando necessário.

As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador, Diretor Executivo e/ou membros executores da CSP da unidade de saúde. As reuniões serão conduzidas pelo coordenador, na falta deste, serão pelos membros executores. Serão abordados os indicadores relacionados a assistência ao paciente, embasado também nas notificações de registros de ocorrências relacionados a segurança do paciente. Ações preventivas e corretivas serão abordadas em discussão com núcleo.

EXECUÇÃO



Promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente, além de articular em diferentes áreas intra hospitalares que trabalhem com riscos no âmbito da unidade de saúde, considerando o paciente como sujeito e objetivo final no cuidado em saúde. O paciente precisa estar seguro, independentemente do processo de cuidado a que ele está submetido.

Conforme o Ato Normativo a composição da Comissão de Segurança do Paciente da unidade de saúde:

MEMBROS EXECUTORES

- Coordenador da Comissão de Segurança do Paciente
- 01 Representante da Qualidade
- 01 Representante da Enfermagem (RT)
- 01 Representante do serviço de farmácia
- 01 Representante do Serviço de Nutrição
- 01 Representante da Central De Material e esterilização (CME)
- 01 Representante do Núcleo de Educação Permanente

MEMBROS CONSULTORES

- Comissão de Padronização de Materiais
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde

SUBSTITUIÇÃO

Será desligado da CSP o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer em 3 reuniões ordinárias consecutivas no período de um ano de trabalho. A solicitação de substituição se deve a diretoria e tal situação deve ser registrada em ATA na reunião.

Este Regimento entrará em vigor após validação pela Direção Geral da unidade de saúde e publicação em DIÁRIO OFICIAL da Prefeitura do Rio de Janeiro.

CRONOGRAMA

Comissão de Segurança do Paciente																										
ATIVIDADE	MÊS																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
Implantação do Núcleo	X																									
Diagnóstico dos serviços		x																								
Elaboração do Plano de Segurança do Paciente			x																							
Monitoramento das ações do Plano de Segurança do Paciente				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reunião	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Educação continuada em segurança do paciente		x			x				x																	
Ações de participação do paciente e dos familiares na assistência prestada			x																							



5.7.3.20 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) na área da saúde é um setor estratégico responsável pela capacitação contínua dos profissionais de saúde, garantindo a atualização de conhecimentos, o aprimoramento das práticas assistenciais e a melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes.

A Educação Permanente na Saúde é fundamentada na reflexão sobre a prática cotidiana, promovendo um aprendizado dinâmico e contínuo, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

PERFIL DOS MEMBROS

Será composto por um representante e respectivo suplente de cada um dos seguintes setores da unidade de saúde:

- GT de Humanização
- Comissão de óbito;
- CCIH;
- Gestão de Pessoas.

1. OBJETIVOS DO NEP NA SAÚDE

O principal propósito do NEP na saúde é capacitar a qualificação profissional dos trabalhadores, garantindo um atendimento mais seguro, humanizado e eficiente. Seus objetivos incluem:

- ✓ Atualização e capacitação profissional sobre novas tecnologias, protocolos clínicos e diretrizes de segurança.
- ✓ Redução de erros e eventos adversos, promovendo boas práticas assistenciais.
- ✓ Desenvolvimento de habilidades técnicas e comportamentais, como trabalho em equipe e comunicação eficaz.
- ✓ Promoção da segurança do paciente por meio de treinamentos sobre identificação correta, administração de medicamentos, prevenção de infecções, entre outros.
- ✓ Implementação de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas.



- ✓ Fomento da humanização no atendimento, garantindo uma abordagem ética e respeitosa aos pacientes.
- ✓ Melhoria contínua dos serviços de saúde, alinhando as práticas institucionais às necessidades da população.

2. ÁREAS DE ATUAÇÃO DO NEP NA SAÚDE

O NEP atua em diversos setores e frentes dentro das unidades de saúde, abrangendo:

2.1. Educação Permanente para Profissionais de Saúde

O NEP promove capacitações para diversas categorias profissionais, como:

- **Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem:** Atualização sobre técnicas de enfermagem, administração de medicamentos, cuidados intensivos, assistência humanizada, entre outros.
- **Médicos:** Treinamentos em protocolos clínicos, novas diretrizes terapêuticas e manejo de emergências.
- **Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Psicólogos e Assistentes Sociais:** Capacitações para melhorar a atuação multiprofissional.
- **Equipe de Apoio (Administrativo, Limpeza, Segurança, Nutrição):** Educação para segurança hospitalar, Hospital humanizado e biossegurança.

2.2 Educação em Segurança do Paciente

O NEP desempenha um papel essencial na implementação de protocolos de Segurança do Paciente, capacitando os profissionais para reduzir riscos e garantir um atendimento seguro. Principais temas abordados:

- Identificação segura do paciente.
- Higienização das mãos para prevenção de infecções.
- Administração segura de medicamentos.
- Cirurgia segura (checklist cirúrgica).
- Prevenção de quedas e lesões por pressão.

2.3 Treinamentos para Situações de Urgência e Emergência



O NEP também oferece treinamentos diários sobre:

- Suporte Básico e Avançado de Vida (BLS e ACLS).
- Atendimento a Parada Cardiorrespiratória.
- Protocolos para emergências obstétricas, pediátricas e neurológicas.
- Manejo de pacientes críticos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

2.4 Capacitação para Uso de Novas Tecnologias e Equipamentos

Com o avanço tecnológico na área da saúde, o NEP realiza treinamentos sobre:

- Novos equipamentos hospitalares e dispositivos médicos.
- Sistemas de prontuário eletrônico e telemedicina.
- Protocolos de informatização e gestão de dados em saúde.

2.5 Humanização do Atendimento em Saúde

A capacitação do NEP também inclui temas relacionados à humanização do atendimento, abordando:

- Comunicação empática com pacientes e familiares.
- Cuidados paliativos e abordagem de fim de vida.
- Atendimento a grupos vulneráveis (idosos, crianças, pacientes psiquiátricos).

3. METODOLOGIAS UTILIZADAS NO NEP DA SAÚDE

O NEP adota abordagens pedagógicas que promovem o aprendizado ativo e contínuo. Algumas das principais metodologias incluem:

- **Treinamentos práticos e simulações realísticas** (uso de manequins e cenários clínicos para aprendizado prático).
- **Capacitações presenciais e à distância (EAD)** para maior acessibilidade dos profissionais.
- **Estudos de caso e investigação clínica** baseados em situações reais do cotidiano hospitalar.



- **Gamificação e ensino interativo**, utilizando tecnologia e jogos para estimular o aprendizado.
- **Rodízios e capacitações in loco**, levando conhecimento diretamente aos setores de atendimento.

4. BENEFÍCIOS DO NEP PARA A SAÚDE

A atuação eficaz do Núcleo de Educação Permanente traz resultados positivos para toda a instituição de saúde, melhorando a qualidade da assistência e a satisfação dos pacientes.

- **Benefícios para os Profissionais de Saúde:**
 - Maior qualificação e segurança no desempenho de suas funções.
 - Aprimoramento das habilidades técnicas e interpessoais.
 - Redução do estresse e da sobrecarga por meio de treinamentos mais eficientes.
- **Benefícios para a Instituição:**
 - Redução de eventos adversos e melhoria dos indicadores de qualidade.
 - Maior integração entre as equipes multiprofissionais.
 - Atendimento mais eficiente, com menor tempo de internação e custos reduzidos.
- **Benefícios para os Pacientes:**
 - Maior segurança e redução de riscos assistenciais.
 - Atendimento humanizado e de qualidade.
 - Recuperação mais rápida devido à aplicação de boas práticas assistenciais.

5. IMPLEMENTAÇÃO DO NEP NA SAÚDE

Para que um Núcleo de Educação Permanente seja eficaz, é necessário um planejamento estruturado que envolva:

- Diagnóstico das necessidades institucionais.
- Definição de um plano anual de capacitação.
- Equipe multiprofissional responsável pela condução das atividades.
- Avaliação contínua dos resultados e impactos das capacitações.



REGIMENTO INTERNO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Finalidade

Este Regimento Interno estabelece as normas de funcionamento do Núcleo de Educação Permanente (NEP), envolve a formação continuada e a qualificação dos profissionais da instituição, garantindo a melhoria da assistência, da gestão e dos processos de trabalho.

Art. 2º Objetivos

O NEP tem como principais objetivos:

- I. Promover a educação permanente dos profissionais, garantindo a atualização contínua dos conhecimentos e práticas.
- II. Desenvolver ações de capacitação técnica e comportamental, alinhadas às necessidades institucionais.
- III. Incentivar a produção e disseminação do conhecimento científico e de boas práticas.
- IV. Implementar estratégias para segurança e qualidade no atendimento.
- V. Integração entre os diversos setores do instituto.

Art. 3º Princípios

O NEP será regido pelos seguintes princípios:

- Educação Permanente como estratégia de gestão e qualificação profissional.
- Humanização, ética e valorização profissional.
- Interdisciplinaridade e trabalho em equipe.
- Tomada de decisão baseada em evidências científicas e boas práticas.

CAPÍTULO II

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º Composição

IGEDES - Instituto de Gestão e Desenvolvimento | CNPJ: 05.696.218/0001-46

Avenida das Américas, 3500 - Bloco 7, Sl 704 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro-RJ | CEP: 22640-102
Tel. (21) 3598-2371 / 3598-237 | oficios@igedes.org.br



O NEP será composto por:

- I. **Coordenador(a) do NEP:** Responsável pelo planejamento, execução e monitoramento das ações de educação permanente.
- II. **Equipe Técnica e Pedagógica:** Profissionais de diversas áreas que auxiliam na elaboração e implementação dos programas de capacitação.
- III. **Colaboradores e Facilitadores:** Profissionais convidados para ministrar treinamentos e cursos específicos.
- IV. **Representantes dos setores da instituição:** Participantes que colaboram no levantamento de necessidades educacionais e na implementação das ações.

Art. 5º Competências do Coordenador(a) do NEP

- I. Planejar, coordenar e avaliar as ações de capacitação.
- II. Propor parcerias com instituições de ensino e órgãos reguladores.
- III. Monitorar os indicadores de desempenho das ações educativas.
- IV. Garantir a integração entre os setores e estimular a participação dos profissionais nas atividades do NEP.

Art. 6º Competências da Equipe Técnica e Pedagógica

- I. Elaborar e revisar materiais didáticos e metodologias de ensino.
- II. Organizar cursos, palestras, escritórios e treinamentos.
- III. Acompanhar o desenvolvimento das atividades educativas.
- IV. Auxiliar na avaliação dos programas de capacitação.

CAPÍTULO III FUNCIONAMENTO

Art. 7º – Planejamento das Ações Educativas

As ações do NEP serão planejadas anualmente, com base em:

- I. Diagnóstico das necessidades institucionais e profissionais.
- II. Diretrizes de órgãos reguladores e políticas públicas.
- III. Demandas emergenciais e atualizações científicas.



Art. 8º – Metodologias de Ensino

As atividades do NEP poderão utilizar metodologias diversas, como:

- Treinamentos presenciais e online.
- Simulações e oficinas práticas.
- Estudos de caso e discussão de protocolos assistenciais.
- Ensino baseado em problemas e aprendizagem ativa.

Art. 9º Avaliação das Ações Educativas

As capacitações promovidas pelo NEP serão avaliadas por meio de:

- I. Feedback dos participantes.
- II. Monitoramento da aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.
- III. Análise de indicadores institucionais e impacto na qualidade assistencial.

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10º Parcerias

A NEP poderá estabelecer parcerias com universidades, órgãos reguladores, conselhos profissionais e outras instituições para ampliar as oportunidades de qualificação.

Art. 11º Disposições Gerais

- I. Todos os profissionais da instituição poderão participar das atividades promovidas pelo NEP.
- II. O presente Regimento poderá ser revisado periodicamente, conforme a necessidade institucional.
- III. Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenação do NEP em conjunto com a Direção da instituição.

CRONOGRAMA

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE																								
ATIVIDADE	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Implantação Do Núcleo	x																							
Capacitação Dos Profissionais		x																						
Reuniões Da Núcleo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Implantação De Normas E Rotinas	x	x	x											x	x	x								
Implantação De Indicadores	x	x												x	x									
Elaboração De Relatório Do Serviço	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Implantação De Processos Que Qualificação A Atenção À Saúde		x	x											x	x									



5.7.3.21 COMITÊ TRANSFUSIONAL

A Comitê Transfusional é uma estrutura essencial dentro das instituições de saúde, responsável por garantir a segurança, a eficácia e a qualidade das práticas transfusionais. Este Comitê atua na implementação de políticas e procedimentos relacionados ao uso de sangue e seus derivados, assegurando que as transfusões sejam realizadas de acordo com os melhores padrões técnicos e éticos.

Objetivos da Comitê Transfusional:

1. Assegurar a Qualidade das Transfusões:

- Monitorar e avaliar todos os aspectos do processo transfusional, desde a indicação até a administração e acompanhamento pós-transfusional.

2. Promover a Segurança Transfusional:

- Minimizar os riscos associados às transfusões através da implementação de protocolos rigorosos e do monitoramento constante dos procedimentos.

3. Educar e Capacitar Profissionais de Saúde:

- Oferecer treinamentos contínuos sobre as melhores práticas em transfusão de sangue, visando à atualização dos profissionais.

4. Supervisionar o Uso Adequado de Hemocomponentes:

- Garantir que os hemocomponentes sejam utilizados de forma racional e justificada, evitando desperdícios e assegurando a disponibilidade para quem realmente precisa.

5. Desenvolver e Implementar Protocolos:

- Criar e revisar regularmente os protocolos transfusionais, alinhando-os às normas nacionais e internacionais.



Composição do Comitê Transfusional:

A composição da Comitê Transfusional deve ser multidisciplinar, geralmente incluindo:

- Médicos Hematologistas ou Hemoterapeutas
- Médicos de Diferentes Especialidades
- Enfermeiros Especialistas em Hemoterapia
- Farmacêuticos
- Biomédicos ou Bioquímicos
- Representantes da Administração Hospitalar
- Representantes do Banco de Sangue
- Profissionais de Qualidade e Segurança do Paciente

Funções da Comitê Transfusional:

- **Elaboração e Revisão de Protocolos Transfusionalis:**
 - Desenvolver protocolos que orientem a prática transfusional, incluindo critérios de indicação, técnicas de administração, e monitoramento pós-transfusional.
- **Monitoramento e Avaliação de Indicadores:**
 - Analisar indicadores relacionados às práticas transfusionais, como taxa de reações adversas, conformidade com os protocolos, e uso racional de hemocomponentes.
- **Capacitação e Treinamento Contínuo:**
 - Organizar treinamentos periódicos para a equipe multiprofissional, abordando temas como indicação de transfusões, manejo de reações transfusionais, e ética no uso de sangue.
- **Auditoria e Supervisão de Processos:**



- Realizar auditorias internas para verificar a conformidade dos procedimentos transfusionais com os protocolos estabelecidos e as normas vigentes.

- **Promoção de Programas de Uso Racional de Sangue:**

- Implementar programas que incentivem o uso racional dos hemocomponentes, evitando transfusões desnecessárias e reduzindo os riscos para os pacientes.

Funcionamento da Comitê Transfusional:

1. Reuniões Regulares:

- O Comitê Transfusional deve se reunir regularmente (geralmente mensalmente ou bimestralmente) para discutir os casos, revisar os protocolos, e planejar ações de melhoria.

2. Monitoramento Contínuo:

- O monitoramento das práticas transfusionais deve ser contínuo, com análise periódica de indicadores e relatórios apresentados à Comitê.

3. Capacitação dos Profissionais:

- O comitê deve garantir que todos os profissionais envolvidos nas transfusões recebam capacitação contínua, com foco em segurança, técnicas atualizadas e ética.

4. Elaboração de Relatórios:

- Relatórios periódicos sobre a prática transfusional devem ser elaborados e apresentados à administração hospitalar, destacando os pontos fortes e as áreas que necessitam de melhoria.



REGIMENTO INTERNO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê Transfusional tem por finalidade garantir a segurança, a qualidade e a eficácia das práticas transfusionais dentro da unidade de saúde, promovendo o uso racional e ético dos hemocomponentes, e assegurando a educação continuada dos profissionais envolvidos no processo transfusional.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A Comitê Transfusional será composta por membros titulares e suplentes, preferencialmente de diferentes áreas da unidade de saúde, conforme a seguinte estrutura:

I. Coordenador(a): Médico especialista em hemoterapia ou hematologia, ou outro profissional de saúde com experiência na área transfusional.

II. Membros Efetivos:

- o Representante do Banco de Sangue
- o Médico(s) de especialidades clínicas e cirúrgicas
- o Enfermeiro(a) especialista em hemoterapia
- o Farmacêutico(a)
- o Biomédico(a) ou bioquímico(a)
- o Representante da área de Qualidade e Segurança do Paciente
- o Representante da Administração Hospitalar

III. Membros Suplentes: Profissionais indicados pelas áreas correspondentes, para substituição dos membros efetivos em suas ausências.

Art. 3º - Os membros da Comitê terão mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos por igual período.



Art. 4º - A substituição de membros poderá ocorrer a qualquer momento, mediante justificativa formal e aprovação pela maioria dos membros do comitê.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - Compete ao Comitê Transfusional:

- **I.** Elaborar, revisar e atualizar os protocolos transfusionais, alinhando-os com as melhores práticas e diretrizes nacionais e internacionais.
- **II.** Monitorar e avaliar as práticas transfusionais, garantindo a segurança dos pacientes e a eficácia dos tratamentos.
- **III.** Promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos no processo transfusional.
- **IV.** Analisar e registrar reações adversas a transfusões, propondo medidas corretivas e preventivas.
- **V.** Incentivar o uso racional de hemocomponentes, prevenindo desperdícios e assegurando a disponibilidade adequada para os pacientes.
- **VI.** Realizar auditorias periódicas dos processos transfusionais, identificando oportunidades de melhoria.
- **VII.** Elaborar relatórios periódicos sobre a qualidade das práticas transfusionais e submetê-los à direção da unidade de saúde.
- **VIII.** Implementar programas e campanhas internas de conscientização sobre a importância da segurança transfusional.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º - O Comitê Transfusional reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Coordenador(a) ou de pelo menos um terço de seus membros.

Art. 7º - As reuniões serão registradas em ata, a qual deverá ser aprovada na reunião subsequente e arquivada junto à documentação da Comitê.



Art. 8º - As decisões da Comitê serão tomadas por maioria simples dos votos dos membros presentes na reunião.

Art. 9º - Para que as reuniões tenham quórum, é necessário que esteja presente pelo menos a metade mais um dos membros da Comitê.

Art. 10º - As deliberações do Comitê devem ser comunicadas formalmente às áreas envolvidas e, quando necessário, à administração da unidade de saúde.

CAPÍTULO V DO PROCESSO DE REVISÃO DE PROTOCOLOS

Art. 11º - A revisão dos protocolos transfusionais deverá ocorrer pelo menos uma vez ao ano, ou sempre que houver alterações significativas nas diretrizes nacionais ou internacionais.

Art. 12º - As propostas de revisão poderão ser apresentadas por qualquer membro da Comitê, devendo ser discutidas e aprovadas em reunião.

Art. 13º - Os protocolos revisados entrarão em vigor imediatamente após a sua aprovação pela Comitê e homologação pela direção da unidade de saúde.

CAPÍTULO VI DA EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO

Art. 14º - O Comitê Transfusional é responsável por promover a capacitação contínua dos profissionais de saúde em relação às práticas transfusionais, segurança e ética.

Art. 15º - Devem ser realizados treinamentos periódicos, abordando temas como:

- Indicação e contraindicação de transfusões
- Manejo de reações transfusionais
- Procedimentos técnicos e operacionais para coleta, armazenamento e transfusão de hemocomponentes



- Atualização sobre legislações e normas vigentes

Art. 16º - A participação nos treinamentos deverá ser registrada e os profissionais que participarem deverão ser certificados.

CAPÍTULO VII DA ANÁLISE DE REAÇÕES ADVERSAS

Art. 17º - Todas as reações adversas à transfusão devem ser notificadas imediatamente à Comitê Transfusional, para análise e registro.

Art. 18º - A Comitê deve investigar a causa das reações adversas, propor medidas corretivas e preventivas, e garantir que os aprendizados sejam incorporados aos protocolos e práticas da unidade de saúde.

Art. 19º - Um relatório anual sobre as reações adversas e as medidas tomadas deve ser elaborado e apresentado à direção da unidade de saúde.

CAPÍTULO VIII DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta de um dos membros da Comitê, aprovada por maioria absoluta em reunião convocada para este fim.

Art. 21º - Os casos omissos ou dúvidas sobre a interpretação deste Regimento serão resolvidos pelo Coordenador(a) da Comitê, em consonância com a administração da unidade de saúde.

Art. 22º - Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela Comitê Transfusional e homologação pela direção da unidade de saúde.

CRONOGRAMA

Comitê Transfusional																								
ATIVIDADE	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implantação do Comitê	x	x													x	x								
Reunião do Comitê			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x	x
Planejamento Anual	x														x									
Capacitação em Segurança Transfusional			x			x			x			x				x				x			x	
Auditoria Interna de Práticas Transfusionais				x				x				x					x				x			x
Campanha de Sensibilização sobre Uso Racional de Sangue						x						x								x				x
Reunião Semestral de Avaliação de Protocolos						x						x								x				x
Planejamento para o Ano Seguinte															x									x
Relatório Final Anual															x									x



5.7.3.22 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) desempenha um papel fundamental na otimização da gestão hospitalar, atuando como um centro estratégico para a coordenação e o controle do fluxo de pacientes e recursos. Para uma compreensão mais completa, podemos detalhar suas funções e importância:

Funções Detalhadas do NIR:

- **Gestão do Fluxo de Pacientes:**
 - Monitoramento em tempo real da movimentação de pacientes, desde a admissão até a alta, identificando gargalos e otimizando o tempo de permanência.
 - Gerenciamento da alocação de leitos, garantindo a disponibilidade para pacientes que necessitam de internação.
 - Coordenação da transferência de pacientes entre diferentes setores do hospital, assegurando a continuidade do cuidado.

- **Regulação do Acesso:**
 - Priorização de atendimentos com base em critérios clínicos e de risco, garantindo o acesso oportuno aos serviços.
 - Interface com as centrais de regulação externa, otimizando a comunicação e a transferência de pacientes entre instituições.
 - Gerenciamento de listas de espera, garantindo a transparência e a equidade no acesso aos serviços.

- **Otimização de Recursos:**
 - Monitoramento do uso de leitos, equipamentos e outros recursos, identificando oportunidades de melhoria e redução de custos.
 - Análise de indicadores de desempenho, como tempo de permanência, taxa de ocupação de leitos e taxa de readmissão, para identificar áreas de melhoria.
 - Promoção da utilização da capacidade máxima do hospital, evitando ociosidade de leitos e equipamentos.



- **Qualidade e Segurança:**
 - Implementação de protocolos e diretrizes clínicas, garantindo a padronização e a qualidade do cuidado.
 - Monitoramento de eventos adversos e indicadores de segurança, identificando riscos e implementando medidas preventivas.
 - Garantia da comunicação eficiente entre os profissionais de saúde, para a segurança do paciente.
- **Interface com Centrais de Regulação:**
 - O NIR funciona como um canal de comunicação entre o hospital e as centrais de regulação, facilitando a troca de informações e a coordenação do atendimento.
 - Essa interface é crucial para garantir a transferência adequada de pacientes entre diferentes níveis de atenção à saúde.

Importância do NIR:

- Melhora a eficiência e a qualidade do atendimento hospitalar.
- Reduz o tempo de espera e o tempo de permanência dos pacientes.
- Otimiza o uso de recursos e reduz custos.
- Aumenta a segurança do paciente.
- Contribui para a satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde.

Em suma, o NIR é um componente essencial para a gestão eficaz de hospitais, contribuindo para a prestação de serviços de saúde de alta qualidade e para a otimização do uso de recursos.

REGIMENTO INTERNO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo Interno de Regulação – NIR é um serviço que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Atua na disponibilização de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação e estabilização para atendimento de urgência e emergência. O NIR segue critérios pré-estabelecidos para o



atendimento de pacientes e tem relações intra-hospitares (para casos de disponibilidade no próprio hospital) e extra-hospitalares para casos externos, envolvendo o contra referenciamento de pacientes. Tem como função realizar a gestão da oferta de leitos, consultas, serviço de apoio diagnóstico terapêutico e cirurgias, bem como apoiar a gestão do cuidado assistencial por intermédio de ações que buscam ordenar e facilitar o acesso às ações e serviços definidos pela clínica.

Art. 2º O NIR da unidade de saúde foi instituído pela Portaria-SEI nº 108, de 12 de março de 2021, publicado no Boletim de Serviço Extraordinário nº 250 da unidade de saúde. Está ligado hierarquicamente ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS) da unidade de saúde.

Art. 3º O NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas da unidade de saúde e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: Portaria MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Portaria MS Nº 312, de 02 de maio de 2002, Portaria MS Nº 529, de 1º de abril de 2013, Portaria MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, e Portaria MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.

CAPÍTULO II DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR:

- I. Promover a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional da unidade de saúde e Centrais de Regulação, organizando as matrizes de agendamento de acordo com as diversas especialidades solicitadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro;
- II. Gerenciar de forma contínua a oferta dos atendimentos multiprofissionais, consultas, exames e procedimentos eletivos nas diversas especialidades e leitos de internação da unidade de saúde;
- III. Agendar consultas de retorno e exames para pacientes cirúrgicos e gestantes em acompanhamento de pré-natal de alto risco no sistema da Central de Regulação de Exames e Consultas da SMS do Rio de Janeiro, o CMR, e realizar as importações dos agendamentos para o Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários – AGHU;



- IV. Participar da construção dos fluxos e protocolos de regulação do acesso ambulatorial, unidades de internação (admissão e alta) e unidade de pronto atendimento pediátrico;
- V. Supervisionar a execução dos fluxos e protocolos de regulação do acesso ambulatorial, unidades de internação (admissão e alta) e unidade de pronto atendimento pediátrico;
- VI. Monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- VII. Monitorar o Tempo de Espera de Cirurgia e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- VIII. Monitorar a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- IX. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e movimentação de leitos de internação, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;
- X. Subsidiar discussões, internas como externas, que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil dos serviços ambulatoriais ofertados, considerando o perfil de atendimentos solicitados pela RAS;
- XI. Integrar o serviço aos outros hospitais da RAS local e fora da macrorregião à regulação de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação e rodízio da instituição.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º O Núcleo Interno de Regulação (NIR) terá composição multiprofissional, contando com a seguinte equipe operacional:

- I. Chefe do Setor de Regulação em Saúde (SRAS);
- II. Médico regulador;
- III. Enfermeiro Regulador;
- IV. Odontólogo;
- V. Técnico em Enfermagem;
- VI. Assistente Administrativo;



VII. Recepcionista.

Parágrafo único. O Núcleo Interno de Regulação - NIR poderá contar ainda com outras categorias profissionais, desde que seja aprovada pela Superintendência.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Ao Chefe do SRAS incumbe:

- I. Conhecer a legislação vigente sobre a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;
- II. Cumprir e fazer cumprir o Modelo de Gestão por Processos da unidade de saúde;
- III. Orientar a equipe e acompanhar as atividades de gestão da lista de espera cirúrgica;
- IV. Participar dos processos de organização dos fluxos para internação do paciente
- V. Disponibilizar as ofertas de vagas para o gestor do SUS;
- VI. Solicitar atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e da Programação Pactuada e Integrada - PPI ao Gestor Municipal do SUS no que se refere a unidade de saúde;
- VII. Representar o NIR em suas relações internas e externas;
- VIII. Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- IX. Reunir documentos oficiais do NIR (atas de reuniões, Procedimentos Operacionais Padrão - POPs publicados, agendas de atendimentos, ofícios, etc.) sempre que houver solicitação da gestão do hospital, auditoria ou de órgão externo;
- X. Solicitar parecer de outros profissionais ou chefias quando o grupo identificar a necessidade;
- XI. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo unidade de saúde através do instrumento formal de contratualização;
- XII. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;



- XIII. Elaborar, em conjunto com demais membros do núcleo, Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, fluxos de atendimento, normas e rotinas, referente aos processos de trabalho do NIR;
- XIV. Articular, junto com a Gerência de Atenção à Saúde (GAS), a promoção de capacitações, fomentando a Educação Permanente dos profissionais do NIR;
- XV. Elaborar relatórios das atividades NIR;
- XVI. Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do NIR;
- XVII. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser cumpridos pela equipe do NIR;
- XVIII. Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação – NIR quando houver afastamento ou desligamento de algum membro, bem como quando houver necessidade de ampliação da equipe;
- XIX. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;
- XX. Conhecer e utilizar os sistemas internos: AGHU, SGS e SEI; e externos: CMR, CNES, SIGTAP, TABWIN.

Art. 7º Ao médico regulador incumbe:

- I. Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente;
- XII. Atuar na liberação das vagas reguladas pela Central de Regulação, com a ciência do médico assistente;
- XIII. Realizar visitas avaliando quadros de pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências;
- XIV. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- XV. Conferir documentação de solicitação de internação;
- XVI. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;
- XVII. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;
- XVIII. Encaminhar censo de leitos da UCM para a unidade de saúde;
- XIX. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;



- XX. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;
- XXI. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
- XXII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;
- XXIII. Conhecer e utilizar os sistemas internos: AGHU, SGS e SEI; e externos: CMR, CNES, SIGTAP, TABWIN.

Parágrafo único. Na ausência do médico regulador, o médico plantonista da unidade assistencial (Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente - UASCA, Unidade de Atenção à Saúde da Mulher - UASM, Unidade de Clínica Médica - UCM) ficará responsável pela avaliação técnica da solicitação e liberação de vagas em conjunto com enfermeiro ou técnico de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Art. 8º Ao enfermeiro do NIR incumbe:

- I. Gerenciar a ocupação e movimentação de leitos, monitorando os leitos disponíveis na instituição e suas destinações, diariamente, in loco, via kanban;
- II. Conferência diária, através da ronda operacional nas enfermarias e leitos de estabilização da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (UASCA), Unidade de Atenção à Saúde da Mulher (UASM), Unidade de Clínica Médica (UCM) do censo hospitalar com a situação física do leito;
- III. Realizar conferência diária na Unidade Pronto Atendimento (UPA) de pacientes em observação por mais de 24 horas para avaliar necessidade de internação ou alta;
- IV. Monitorar e avaliar possíveis altas hospitalares ou transferência a outros estabelecimentos de saúde;
- V. Realizar busca ativa de absenteísmo de consultas e exames (procedimentos);
- VI. Participar da gestão da lista de espera cirúrgica;
- VII. Analisar as solicitações de internação recebidas pela Central de Regulação de São Paulo;
- VIII. Conferir documentação de solicitação de internação;
- IX. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;



- X. Enviar as respostas de solicitação de vagas ao NIR da unidade solicitante, na ausência do médico regulador;
- XI. Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- XII. Realizar visitas à beira leito avaliando quadro dos pacientes, discutindo possíveis remanejamentos e transferências em conjunto com a equipe assistencial;
- XIII. Realizar o censo físico diário no horário estabelecido pela equipe;
- XIV. Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas;
- XV. Participar da redistribuição de leitos institucionais no caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública de acordo com orientações superiores devidamente documentadas;
- XVI. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;
- XVII. Solicitar para a equipe assistencial a atualização dos dados de movimentação dos pacientes no AGHU;
- XVIII. Manter atualizadas as planilhas de dados dos indicadores de processo e de resultados (produção e desempenho);
- XIX. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;
- XX. Contribuir com o planejamento das ofertas de vagas para o gestor do SUS;
- XXI. Contribuir no desenvolvimento de processos e projetos do Serviço de Monitoramento e Avaliação;
- XXII. Comunicar ao Chefe do SRAS problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta;
- XXIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;
- XXIV. Conhecer e utilizar os sistemas internos: AGHU, SGS e SEI; e externos: CMR, CNES, SIGTAP, TABWIN.

Parágrafo único. Na ausência do médico regulador o enfermeiro ficará responsável pela gestão de leitos, sendo que contará com suporte dos médicos plantonistas das unidades de internação e pronto atendimentos, sendo elas: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (UASCA), Unidade de Atenção à Saúde da Mulher (UASM), Unidade de Clínica Médica (UCM) para a avaliação da solicitação e



liberação de vagas;

Art. 9º Ao odontólogo do NIR incumbe:

- I. Contribuir na identificação e elaboração de relatório mensal quanto aos entraves no processo de regulação ambulatorial e de leitos hospitalares na unidade de saúde;
- II. Contribuir com o planejamento das ofertas de vagas para consultas/exames/procedimentos, conforme contratualização com o gestor do SUS;
- III. Fazer o monitoramento do painel de indicadores do Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar;
- IV. Realizar busca ativa de absenteísmo de consultas e exames (procedimentos);
- V. Participar da gestão da lista de espera cirúrgica;
- VI. Manter atualizadas as planilhas de dados dos indicadores de processo e de resultados (produção e desempenho);
- VII. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;
- VIII. Comunicar ao Chefe do SRAS problemas que venham a dificultar o processo de internação e alta;
- IX. Conhecer e utilizar os sistemas internos: SGS e SEI; e externos: CMR, CNES, SIGTAP, TABWIN.
- X. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
- XI. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;

Art. 10 º. Aos técnicos de enfermagem NIR incumbe:

- I. Contribuir na produção e implementação dos fluxos de entrada dos usuários;
- II. Conferir, in loco, setores de internação a disponibilidade de leitos e o cenário hospitalar para atender a demanda diária;
- III. Participar de treinamentos dos fluxos com as equipes assistenciais;
- IV. Manter comunicação efetiva com profissionais do ambulatório para que os médicos sinalizem, em prontuário, o paciente com prioridade para cirurgia;
- V. Conduzir o paciente pré-cirúrgico após consulta com especialista para dar celeridade aos exames/procedimentos pré-operatórios necessários;



- VI. Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial para aperfeiçoar o processo de condução do paciente do acolhimento ao processo de desospitalização e/ou retorno pós- procedimento;
- VII. Acolher os pacientes e/ou acompanhantes que serão atendidos no guichê de marcação de retornos e exames/consultas pré-cirúrgicas da unidade de saúde;
- VIII. Solicitar prontuário/boletim de atendimento junto ao Serviço de Arquivo Médico – SAME, quando necessário;
- IX. Agendar no sistema CMR e AGHU consultas de retorno, exames e procedimentos ao paciente cirúrgico e em acompanhamento de pré-natal de alto risco, quando necessário;
- X. Realizar e registrar ligações para pacientes avisando a mudança de data e turno de atendimentos;
- XI. Orientar equipe ambulatorial – recepção e equipe de enfermagem - sobre os fluxos de direcionamento de pacientes;
- XII. Produzir informações com qualidade sobre o fluxo dos usuários e oferta de serviços disponíveis e contratualizados;
- XIII. Estabelecer comunicação entre o NIR e as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência) para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e adequado ao recurso necessário;
- XIV. Conferir todos os itens necessários para solicitação de leito interno e externo da unidade de saúde;
- XV. Orientar equipes assistenciais para o fluxo de internação em consonância com o NIR;
- XVI. Monitorar as respostas e/ou solicitações de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;
- XVII. Contribuir na gestão das transferências externas e internas mantendo contato direto com as equipes envolvidas;
- XVIII. Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente regulado;
- XIX. Comunicar ao chefe do SRAS quaisquer entraves no processo de regulação dentro da instituição;
- XX. Contribuir com o desenvolvimento do NIR;
- XXI. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR.



Art. 11 º. Aos Assistentes Administrativos do NIR incumbe:

- I. Conhecer e utilizar os sistemas internos: AGHU, SGS e SEI; e externos: CMR,
- II. Realizar o agendamento de consultas e exames no sistema CMR e AGHU ao paciente cirúrgico e em acompanhamento ao pré-natal de alto risco;
- III. Realizar a importação de dados encaminhados pela SMS/Rio de Janeiro via CMR para o AGHU;
- IV. Participar da busca ativa de absenteísmo de consultas e exames (procedimentos);
- V. Contribuir na gestão do banco de pacientes cirúrgicos;
- VI. Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;
- VII. Receber e protocolar documentos;
- VIII. Solicitar materiais de consumo para manutenção das atividades do setor;
- IX. Conhecer a legislação vigente sobre a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;
- X. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;
- XI. Comunicar ao chefe do SRAS quaisquer entraves no processo de regulação dentro da instituição;
- XII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR.

Art. 12 º. Ao Recepcionista do NIR incumbe:

- I. Atender ao público interno e externo;
- II. Controlar o fluxo do público;
- III. Atender e fazer ligações telefônicas;
- IV. Anotar e repassar recados;
- V. Receber, distribuir e/ou enviar correspondências;
- VI. Dar apoio aos demais serviços, relacionados com a função;
- VII. Executar outras atribuições, desde que não se caracterize desvio dessa função;
- VIII. Registrar em local próprio todas as ocorrências do turno de trabalho;
- IX. Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade do serviço e orientação superior;



- X. Realizar o agendamento de consultas e exames no sistema CMR e AGHU ao paciente cirúrgico e em acompanhamento ao pré-natal de alto risco;
- XI. Contribuir na importação de dados encaminhados pela SMS/Rio de Janeiro via CMR para o AGHU.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 13 °. O NIR terá funcionamento de segunda à sábado, das 07h às 19h, de forma descentralizada, para o desenvolvimento das suas atividades dentro da unidade de saúde.

§ 1º Em horário que não houver funcionamento da equipe do NIR, os enfermeiros das unidades assistenciais ficarão responsáveis por regulação de leitos, internações e transferências de pacientes, conforme normatização da unidade de saúde;

§ 2º Em horário que não houver funcionamento da equipe do NIR, a recepção fará os agendamentos que forem da competência do Núcleo conforme normatização da unidade de saúde.

Art. 14º O processo de regulação de leitos hospitalares da unidade de saúde ocorrerá via e-mail institucional.

Parágrafo único. Quando houver ausência total de acesso à internet (condição excepcional) e, conseqüentemente, indisponibilidade de acesso ao e-mail institucional, o processo de regulação ocorrerá via telefones institucionais, NIR. Para tanto, utilizar-se-á de um catálogo digital (documento disponível na pasta Público (Z) do NIR, bem como impresso e disponível no NIR e unidades assistenciais.

Art. 15 °. Todos os funcionários deverão cumprir o horário de trabalho estabelecido e não poderão se ausentar do serviço sem a autorização prévia da chefia do SRAS.

Art. 16 °. O NIR realizará a regulação das consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação pediátrico, clínico, cirúrgico e leitos de estabilização para atendimento de urgência e emergência pediátrica, visando a otimização da capacidade instalada para garantir melhor acesso aos usuários dos serviços de saúde do



unidade de saúde através das seguintes ferramentas para o desempenho do processo de trabalho:

- I. Monitoramento e Avaliação de Indicadores Ambulatoriais e Hospitalares;
- II. Acompanhamento e providências de pendências ambulatoriais;
- III. Elaborar, implantar, monitorar e manter atualizado os fluxos, normas e rotinas;
- IV. Elaborar e manter atualizado os POP's;
- V. Contribuir com as unidades de produção na definição dos protocolos clínicos assistenciais das especialidades ou unidades assistenciais;
- VI. Manter interface com as Centrais de Regulação / NIR dos serviços da rede;
- VII. Acompanhamento da planilha das pacientes provenientes do serviço de triagem ambulatorial;
- VIII. Acompanhamento dos procedimentos contratualizados;
- IX. Acompanhamento da planilha de controle dos pacientes e exames regulados
- X. Parametrizar os procedimentos novos que devem ser inseridos no sistema AGHU de acordo com a tabela unificada do SUS;

§ 1º O cronograma dos atendimentos ambulatoriais será disponibilizado para a Central de Regulação, até o dia 10º dia de cada mês, com as ofertas para o mês subsequente. O mapa de leitos será disponibilizado para a Central de Regulação do Rio de Janeiro, conforme pacto entre os entes envolvidos.

§ 2º Para a regulação dos leitos a equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR realizará visitas in loco, avaliação dos censos das unidades, para a elaboração do Mapa de Leitos da instituição. Este mapa de leitos será disponibilizado para a Central de Regulação de Leitos.

§ 3º Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da nossa grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como VAGA ZERO.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS



Art. 17 °. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR, a equipe de governança da unidade de saúde proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 18 °. O Núcleo Interno de Regulação - NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 19 °. No caso da saída de qualquer membro do Núcleo Interno de Regulação - NIR deverá haver indicação de novo membro pela equipe do NIR que deverá encaminhar para a superintendência para aceite e posteriormente ao Núcleo de Comissões Hospitalares da unidade de saúde para publicação.

Art. 20 °. Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o chefe do SRAS e chefes das unidades assistenciais solicitem o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 21 °. Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Superintendência da unidade de saúde

Art. 22 °. Este regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço da unidade de saúde

CRONOGRAMA

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO																									
ATIVIDADE	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Implantação da comissão	x												x												
Reuniões	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento de Indicadores	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação da equipe sobre fluxos regulatórios	x					x							x						x						
Revisão dos protocolos internos de regulação	x					x							x						x						
Treinamento sobre novas diretrizes regulatórias						x						x							x						x



5.7.3.23 COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA (CDME)

A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) desempenha um papel crucial na gestão da informação em instituições de saúde. Suas principais funções abrangem a organização, o controle e a análise de dados médicos e estatísticos, contribuindo para a qualidade do atendimento e a tomada de decisões estratégicas.

Principais Funções:

- **Gestão de Prontuários:**
 - Garantir a organização, o armazenamento e a segurança dos prontuários médicos, em formato físico ou eletrônico.
 - Estabelecer normas e procedimentos para o preenchimento, a guarda e o descarte de prontuários, em conformidade com a legislação vigente.
 - Assegurar o acesso rápido e seguro aos prontuários, quando necessário.
- **Estatísticas de Saúde:**
 - Coletar, analisar e divulgar dados estatísticos sobre a produção e os resultados dos serviços de saúde.
 - Elaborar relatórios e indicadores para monitorar o desempenho da instituição e identificar áreas de melhoria.
 - Contribuir para a produção de informações epidemiológicas e a formulação de políticas de saúde.
- **Qualidade da Informação:**
 - Promover a padronização e a qualidade do registro de informações nos prontuários e outros documentos médicos.
 - Realizar auditorias e revisões para verificar a consistência e a completude dos dados.
 - Capacitar os profissionais de saúde sobre a importância do registro adequado de informações.
- **Suporte à Gestão:**
 - Fornecer informações e análises para auxiliar a tomada de decisões em áreas como planejamento, gestão de custos e avaliação de serviços.



- Participar de comissões e grupos de trabalho relacionados à gestão da informação em saúde.
- Auxiliar no processo de certificações e acreditações.

Importância da CDME:

- Garantia da qualidade e segurança do atendimento ao paciente.
- Melhoria da gestão e do planejamento em saúde.
- Produção de informações para pesquisas e estudos epidemiológicos.
- Cumprimento de normas e regulamentações.

REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA (CDME)

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) da unidade de saúde é um órgão técnico criado para atender a Resolução CONARQ nº 22, de 30 de junho de 2005 e ao Decreto Nº 10.148, de 2 de dezembro de 2019, que dispõem sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

Art. 2º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) é vinculada à Superintendência da unidade de saúde, instituída a partir de portaria emitida pela mesma.

Art. 3º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) da unidade de saúde tem por finalidade dispor de um conjunto de ações e procedimentos referente à avaliação documental nas unidades do Hospital.

Art. 4º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.



CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) tem os seguintes objetivos:

I. Orientar e realizar a análise, avaliação e seleção de documentos produzidos e acumulados nas unidades do Hospital mediante:

- a. Conhecimento da estrutura e o funcionamento da instituição detentora dos documentos;
- b. Conhecimento da organização dos conjuntos documentais a serem avaliados, incluídos os métodos de classificação adotados, bem como sua importância para fins de prova, de informação, e de estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais;
- c. Conhecimento da terminologia e os procedimentos da área médica, bem como de suas especialidades;
- d. Conhecimento da legislação pertinente à concessão de direitos relativos aos indivíduos portadores de necessidades especiais e de doenças graves e terminais.

II. Garantir a destinação final dos documentos nos termos da legislação vigente.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) será composta pelos seguintes Profissionais:

- I. Servidor arquivista ou servidor responsável pelos serviços arquivísticos, que a presidirá; e
- II. Servidores multiprofissionais das unidades organizacionais às quais se referem os conjuntos de documentos a serem avaliados e destinados para guarda permanente ou eliminação.

§1º Os membros da CDME serão designados pela Direção do órgão ou da entidade dentre os seus servidores.



§2º O secretário da CDME será escolhido entre os Membros da Comissão.

§3º O Presidente da Comissão de Documentação Médica e Estatística poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

Art. 7º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada a qualquer momento em que houver alteração na sua composição.

Art. 8º A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Superintendência da unidade de saúde, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º À Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) compete:

- I. Adequar os códigos de classificação de documentos e as tabelas de temporalidade e destinação de documentos à legislação;
- II. Aplicar e orientar a aplicação do código de classificação de documentos e a tabela de temporalidade e destinação de documentos das atividades-meio;
- III. Orientar as unidades geradoras de documentos, analisar, avaliar e selecionar o conjunto de documentos produzidos e acumulados pela instituição, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos documentos destituídos de valor;
- IV. Analisar os conjuntos de documentos para a definição de sua destinação final, após a desclassificação quanto ao grau de sigilo;
- V. No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão de Documentação Médica e Estatística:

- a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação;



- b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo;
- c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final;
- d) elaborar Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da Comissão;
- e) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

Art. 10º 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 desta.
- d. Fazer cumprir o regimento.
- e. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
- f. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.
- g. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 11º 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. Organizar e manter o arquivo da comissão.
- e. Preparar a correspondência.
- f. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.



CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 12º As Reuniões da Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) acontecerão de forma ordinária mensalmente, na segunda quarta-feira do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente ou por solicitação de um terço dos membros, sob as seguintes condições:

- I. As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta;
- II. O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões;
- III. Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas a ser colocado no SEI, posteriormente;
- IV. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, o Presidente da CDME poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.
- V. Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 13º A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 14º Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 15º A participação na Comissão de Documentação Médica e Estatística será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16º Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CDME.



Art. 17º O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 18º O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

CRONOGRAMA

Comissão de Ética Médica (CEM)																									
ATIVIDADE	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Implantação da Comissão	x												x												
Reuniões	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Revisão e atualização das normas e protocolos de documentação médica.	x						x						x							x					
Capacitação sobre boas práticas de preenchimento de prontuários médicos	x						x						x						x						
Auditoria interna dos prontuários médicos do último trimestre				x				x				x						x					x		
Revisão da conformidade dos prontuários médicos com a legislação vigente		x				x		x			x			x			x			x				x	



5.7.3.24 COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

A Comissão de Proteção Radiológica é um grupo ou comitê responsável por assegurar que todas as práticas que envolvem o uso de radiação ionizante sejam realizadas de maneira segura, protegendo trabalhadores, pacientes, público e o meio ambiente contra os efeitos nocivos da radiação. Essa comissão é fundamental em instituições de saúde, laboratórios de pesquisa, indústrias e qualquer outro setor onde a radiação é utilizada.

Principais Funções da Comissão de Proteção Radiológica:

1. Estabelecimento de Normas e Protocolos:

- Desenvolver e implementar normas, procedimentos e protocolos para garantir a segurança radiológica em conformidade com as regulamentações nacionais e internacionais.
- Garantir que todas as práticas radiológicas sejam realizadas seguindo o princípio ALARA (As Low As Reasonably Achievable), ou seja, manter as doses de radiação tão baixas quanto razoavelmente possível.

2. Monitoramento e Avaliação:

- Realizar monitoramentos periódicos dos níveis de radiação nas áreas onde há uso de radiação ionizante.
- Avaliar e registrar as doses de radiação recebidas por trabalhadores e outros indivíduos expostos.

3. Capacitação e Treinamento:

- Promover treinamentos regulares para todos os funcionários que trabalham com radiação, garantindo que conheçam os riscos, os procedimentos de segurança e as medidas de proteção.
- Garantir que todos os membros da equipe estejam devidamente qualificados e certificados para o manuseio de fontes de radiação.

IGEDES - Instituto de Gestão e Desenvolvimento | CNPJ: 05.696.218/0001-46

Avenida das Américas, 3500 - Bloco 7, Sl 704 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro-RJ | CEP: 22640-102
Tel. (21) 3598-2371 / 3598-237 | oficios@igedes.org.br

1844



4. Análise e Prevenção de Acidentes:

- Investigar incidentes radiológicos e quase acidentes, identificando suas causas e implementando medidas preventivas para evitar sua recorrência.
- Desenvolver e manter planos de emergência para situações de exposição acidental à radiação.

5. Licenciamento e Conformidade Regulamentar:

- Assegurar que a unidade de saúde esteja em conformidade com todas as regulamentações e leis aplicáveis à proteção radiológica, incluindo o licenciamento de fontes radioativas.
- Manter registros detalhados de todas as atividades radiológicas, garantindo a rastreabilidade e conformidade com as exigências legais.

6. Garantia de Qualidade:

- Implementar programas de garantia de qualidade para equipamentos radiológicos, assegurando que estejam funcionando corretamente e que suas calibrações sejam realizadas regularmente.
- Avaliar a eficácia dos programas de proteção radiológica e fazer ajustes conforme necessário.

7. Comunicação e Relatório:

- Comunicar regularmente os resultados das avaliações de proteção radiológica aos trabalhadores e à administração.
- Preparar relatórios periódicos sobre a segurança radiológica e apresentar recomendações para melhorias contínuas.

Importância da Comissão de Proteção Radiológica:

A Comissão de Proteção Radiológica desempenha um papel crítico na prevenção de danos à saúde causados pela exposição à radiação. Ela assegura que os níveis de radiação sejam



monitorados, que os trabalhadores sejam adequadamente treinados e que a conformidade com as regulamentações seja mantida. Além disso, atua na prevenção de acidentes e na mitigação de riscos, garantindo a segurança de todos os envolvidos.

Composição da Comissão:

A comissão geralmente é composta por:

- **Físicos Médicos:** Especialistas em radioproteção e física médica.
- **Médicos Radiologistas ou Nucleares:** Profissionais que compreendem o uso clínico da radiação.
- **Representantes da Administração:** Para assegurar o suporte organizacional às atividades da comissão.
- **Representantes dos Trabalhadores:** Para garantir que as preocupações dos trabalhadores sejam ouvidas e abordadas.
- **Engenheiros ou Técnicos de Manutenção:** Envolvidos na manutenção dos equipamentos radiológicos.
- **Consultores Legais (quando necessário):** Para assegurar a conformidade com as regulamentações.

Esta comissão é essencial para garantir que as práticas que envolvem radiação sejam conduzidas com segurança e responsabilidade, minimizando os riscos para a saúde humana e o meio ambiente.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Finalidade

A Comissão de Proteção Radiológica (CPR) é um órgão interno de caráter consultivo e normativo, responsável por zelar pela segurança radiológica dentro da unidade de saúde, garantindo a



proteção dos trabalhadores, pacientes, público e meio ambiente contra os riscos associados à radiação ionizante.

Art. 2º Objetivos

A CPR tem como objetivos:

1. Desenvolver e implementar políticas de proteção radiológica.
2. Garantir a conformidade com as normas e regulamentações nacionais e internacionais.
3. Promover a educação e treinamento contínuo em proteção radiológica.
4. Monitorar e avaliar a exposição à radiação de trabalhadores, pacientes e público.
5. Propor ações corretivas e preventivas em caso de desvios ou incidentes radiológicos.

CAPÍTULO II COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 3º Composição

A CPR será composta por:

1. Um Coordenador, responsável pela liderança das atividades da comissão.
2. Um Vice Coordenador, que auxiliará o Coordenador e assumirá suas funções na sua ausência.
3. Membros efetivos, representantes das áreas que utilizam radiação ionizante (como radiologia, medicina nuclear, radioterapia, etc.).
4. Membros suplentes, que substituirão os membros efetivos em suas ausências.
5. Consultores, que poderão ser convidados para participar das reuniões quando necessário, devido à sua expertise em áreas específicas.

Art. 4º Mandato dos Membros

1. Os membros da CPR serão indicados pela direção da unidade de saúde e terão um mandato de 2 anos, com possibilidade de recondução.
2. Em caso de vacância, um novo membro será nomeado para completar o mandato vigente.



Art. 5º Reuniões

1. A CPR realizará reuniões ordinárias trimestralmente e extraordinárias sempre que necessário, convocadas pelo Coordenador ou pela maioria dos membros.
2. As reuniões serão válidas com a presença de pelo menos metade dos membros efetivos, sendo que as decisões serão tomadas por maioria simples dos presentes.
3. As atas das reuniões serão registradas e arquivadas, com cópia enviada à direção da unidade de saúde.

CAPÍTULO III ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Atribuições da CPR

1. **Elaboração de Normas Internas:** Desenvolver normas e procedimentos internos para a proteção radiológica, em conformidade com as regulamentações aplicáveis.
2. **Monitoramento e Avaliação:** Realizar auditorias e inspeções periódicas para avaliar a conformidade com as normas de proteção radiológica.
3. **Educação e Treinamento:** Planejar e executar programas de educação e treinamento contínuos para todos os funcionários envolvidos com radiação ionizante.
4. **Gestão de Incidentes Radiológicos:** Investigar incidentes radiológicos, elaborar relatórios e propor medidas corretivas e preventivas.
5. **Análise de Risco:** Avaliar os riscos associados às práticas que envolvem radiação e propor medidas para mitigá-los.
6. **Relatórios e Comunicação:** Preparar relatórios periódicos sobre as atividades da CPR e comunicar resultados à direção da unidade de saúde e aos órgãos reguladores, quando necessário.
7. **Acompanhamento de Novas Tecnologias e Regulamentações:** Manter-se atualizado sobre novas tecnologias, técnicas e regulamentações de proteção radiológica, incorporando-as nas práticas institucionais quando aplicável.

Art. 7º Atribuições do Coordenador

1. Convocar e presidir as reuniões da CPR.



2. Representar a CPR junto à direção da unidade de saúde e órgãos externos.
3. Assegurar o cumprimento das decisões da CPR.
4. Manter a comunicação regular com todos os membros da CPR e outras partes interessadas.

Art. 8º Atribuições dos Membros

1. Participar das reuniões da CPR e contribuir com conhecimentos técnicos e experiências.
2. Auxiliar na implementação das políticas e procedimentos de proteção radiológica na sua área de atuação.
3. Relatar quaisquer incidentes ou irregularidades radiológicas à CPR imediatamente.

CAPÍTULO IV DIREITOS E DEVERES DOS MEMBROS

Art. 9º Direitos dos Membros

1. Participar das discussões e decisões da CPR.
2. Ter acesso a todas as informações pertinentes às atividades de proteção radiológica.
3. Propor pautas e ações a serem discutidas nas reuniões da CPR.

Art. 10º Deveres dos Membros

1. Cumprir e fazer cumprir as normas de proteção radiológica.
2. Participar ativamente das reuniões e atividades da CPR.
3. Manter sigilo sobre informações confidenciais discutidas nas reuniões da CPR.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11º Alterações no Regimento Interno

Qualquer alteração neste Regimento Interno deverá ser proposta pela CPR, aprovada pela maioria dos seus membros e ratificada pela direção da unidade de saúde.

Art. 12º Casos Omissos

IGEDES - Instituto de Gestão e Desenvolvimento | CNPJ: 05.696.218/0001-46

Avenida das Américas, 3500 - Bloco 7, Sl 704 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro-RJ | CEP: 22640-102
Tel. (21) 3598-2371 / 3598-237 | oficios@igedes.org.br



Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela CPR em conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis e, se necessário, com o apoio da direção da unidade de saúde.

Art. 13º Vigência

Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação pela direção da unidade de saúde.

CRONOGRAMA

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA																									
ATIVIDADE	MÊS																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
Implantação da Comissão	x	x												x	x										
Reunião da comissão			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x	x	x	x	x	x	x
Planejamento Anual	x														x										
Auditoria Interna de Segurança Radiológica		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
Análise de Exposição Ocupacional			x			x			x			x				x				x			x		
Revisão do Plano de Emergência Radiológica				x				x				x					x				x				x
Planejamento para o Ano Seguinte													x												x
Relatório Final Anual														x											x



5.7.3.25 COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL – CMTN

A Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional (CMTN) é um grupo técnico formado por profissionais da área da saúde que tem como objetivo garantir a qualidade e a segurança da terapia nutricional hospitalar, ambulatorial e domiciliar. Sua atuação é regulamentada pela Resolução RDC nº 503/2021 da ANVISA e normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN).

OBJETIVOS

A Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional (CMTN) tem como objetivos principais:

- **Garantia da Qualidade da Terapia Nutricional**
 - Implementar protocolos baseados em evidências científicas para nutrição enteral (NE) e parenteral (NP);
 - Monitorar a segurança e eficiência da TN na instituição;
 - Assegurar a adequação das prescrições nutricionais aos pacientes;
 - Definir critérios para seleção de insumos e fórmulas nutricionais.
- **Supervisão e Auditoria**
 - Avaliar periodicamente os prontuários e prescrições de TN;
 - Realizar auditorias para verificar a conformidade com normas sanitárias;
 - Identificar e corrigir não conformidades na administração da TN.
- **Treinamento e Educação Continuada**
 - Promover capacitações para profissionais da saúde sobre boas práticas de TN;
 - Desenvolver materiais educativos para pacientes e cuidadores;
 - Manter a equipe atualizada sobre avanços científicos na área.
- **Monitoramento de Indicadores Nutricionais**
 - Analisar indicadores de desnutrição hospitalar;

IGEDES - Instituto de Gestão e Desenvolvimento | CNPJ: 05.696.218/0001-46

Avenida das Américas, 3500 - Bloco 7, Sl 704 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro-RJ | CEP: 22640-102
Tel: (21) 3598-2371 / 3598-237 | oficios@igedes.org.br

1853



- Monitorar desfechos clínicos de pacientes submetidos à TN;
- Elaborar relatórios estatísticos para melhoria contínua.

- **Interdisciplinaridade e Gestão de Casos**

- Atuar de forma integrada com médicos, nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos;
- Promover discussões de casos clínicos para otimização da TN.

COMPOSIÇÃO

A Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional (CMTN) deve ser composta por uma equipe interdisciplinar, incluindo obrigatoriamente:

- **Médico** (preferencialmente especialista em nutrição clínica ou terapia intensiva);
- **Nutricionista** (com experiência em terapia nutricional);
- **Enfermeiro** (com conhecimento na administração de NE e NP);
- **Farmacêutico** (responsável pelo preparo e controle da NP).

Outros profissionais podem ser incluídos conforme necessidade, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

ATRIBUIÇÕES DA CMTN

- **Atribuições Gerais**
 - Elaborar e revisar periodicamente os protocolos de TN;
 - Definir fluxos para triagem nutricional e rastreamento de risco;
 - Assegurar a correta execução das prescrições nutricionais.
- **Atribuições Específicas**
 - Médico: Avaliar a indicação e evolução da TN;
 - Nutricionista: Planejar dietas e monitorar a eficácia nutricional;
 - Enfermeiro: Supervisionar a administração e prevenir complicações;
 - Farmacêutico: Assegurar a qualidade das fórmulas nutricionais.

IGEDES - Instituto de Gestão e Desenvolvimento | CNPJ: 05.696.218/0001-46

Avenida das Américas, 3500 - Bloco 7, Sl 704 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro-RJ | CEP: 22640-102
Tel. (21) 3598-2371 / 3598-237 | oficios@igedes.org.br

1854



REGIMENTO INTERNO COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CAPÍTULO I DO OBJETO E FINALIDADE

Art. 1º Este Regimento Interno tem por objetivo dispor sobre a instituição, competências, atribuições, organização e funcionamento da Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional da unidade de saúde.

Art. 2º A Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional é um colegiado interno, de natureza técnica e caráter permanente, que tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente, de todas as etapas da Terapia Nutricional Enteral e Parenteral.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º A CMTN será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo:

- I. 1 médico;
- II. 1 nutricionista;
- III. 1 enfermeiro;
- IV. 1 farmacêutico;

Parágrafo único. Os profissionais das categorias obrigatórias indicadas acima e outros que porventura venha a compor a CMTN devem possuir treinamento específico para prática da Terapia Nutricional.

Art. 4º Os integrantes da CMTN serão nomeados formalmente por meio da publicação de portaria, assinada pelo diretor da unidade de saúde.

Art. 5º O mandato dos membros do CMTN será de 04 (quatro) anos, permita uma recondução.



Art. 6º Os membros titulares da CMTN serão substituídos em suas ausências e impedimentos pelos seus respectivos suplentes.

Parágrafo único. O membro suplente deverá pertencer a mesma categoria profissional do respectivo membro titular.

Art. 7º A comissão contará obrigatoriamente com um coordenador técnico-administrativo e um coordenador clínico, responsáveis pela condução dos trabalhos da CMTN.

Parágrafo único. O coordenador técnico-administrativo e um coordenador clínico serão indicados pelo Diretor da unidade de saúde dentre os membros titulares. O coordenador clínico pode ocupar, concomitantemente, a coordenação técnico-administrativa, desde que consensuado pela equipe.

Art. 8º A ausência de membro da comissão a 03 (três) reuniões consecutivas ou 06 (seis) intercaladas no período de um ano, sem justificativa por escrito apresentada com antecedência de até 1h antes do início da reunião, implicará perda do mandato, sendo substituído pelo suplente.

Parágrafo único. Na inexistência de suplente, será realizada nova indicação de membro no prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 9º A CMTN poderá convidar representantes da unidade de saúde, na qualidade de ouvintes e sem direito a voto, os quais ficarão à disposição para esclarecer questões referentes à pauta da reunião, e assim contribuir para a consecução das atribuições da Comissão.

CAPÍTULO III COMPETÊNCIAS

Art. 10º São competências da Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional:

- I. Estabelecer as diretrizes técnicas-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;



- II. Estimular as autoridades competentes a atuarem sobre os problemas detectados pela equipe, tomando medidas necessárias;
- III. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de Terapia Nutricional, a serem encaminhados aos cuidados da CMTN;
- IV. Atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;
- V. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da Terapia Nutricional, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
- VI. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a Terapia Nutricional, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- VII. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da Terapia Nutricional;
- VIII. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da equipe multiprofissional, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da Terapia Nutricional;
- IX. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional visando a garantia de sua qualidade
- X. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da Terapia Nutricional;
- XI. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da Terapia Nutricional.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Seção I

Das atribuições do Coordenador Técnico-Administrativo

Art. 11º São atribuições do Coordenador Técnico-Administrativo:

IGEDES - Instituto de Gestão e Desenvolvimento | CNPJ: 05.696.218/0001-46

Avenida das Américas, 3500 - Bloco 7, Sl 704 - Barra da Tijuca, Rio de Janeiro-RJ | CEP: 22640-102
Tel. (21) 3598-2371 / 3598-237 | oficios@igedes.org.br

1857



- I. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente a qualidade e efetividade da Terapia Nutricional;
- II. Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- III. Promover e incentivar programas de educação continuada para todos os profissionais envolvidos na Terapia Nutricional devidamente registrados;
- IV. Padronizar indicadores de qualidade para a Terapia Nutricional para aplicação pela Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- V. Gerenciar aspectos técnicos e administrativos das atividades da Terapia Nutricional;
- VI. Analisar o custo e o benefício da Terapia Nutricional no âmbito hospitalar.

Seção II

Das atribuições do Coordenador Clínico

Art. 12º São atribuições do Coordenador Clínico:

- I. Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da Terapia Nutricional;
- II. Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas Boas Práticas da Nutrição e Boas Práticas de Administração da Nutrição;
- III. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnico-científicos relacionados com a Terapia Nutricional e sua aplicação;
- IV. Garantir que a qualidade dos procedimentos da Terapia Nutricional prevaleça sobre quaisquer outros aspectos.

Seção III

Das atribuições do Médico

Art. 13º São atribuições do Médico:

- I. Auxiliar a indicação e prescrição da terapia nutricional;



- II. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a Terapia Nutricional Enteral e estabelecer a melhor via, incluindo estomias de nutrição por via cirúrgica, laparoscópica e endoscópica. No caso de nutrição parenteral, estabelecer o acesso intravenoso central;
- III. Orientar os pacientes, os familiares e ou responsável legal quanto aos riscos e benefícios do procedimento;
- IV. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento;
- V. Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos.

Seção IV **Das atribuições do Nutricionista**

Art. 14º São atribuições do Nutricionista:

- I. Realizar o registro da avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;
- II. Elaborar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;
- III. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em Terapia Nutricional, independente da via de administração, até alta nutricional estabelecida pela Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- IV. Adequar a prescrição dietética, em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentados pelo paciente;
- V. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente;
- VI. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da nutrição enteral prescrita para o período após a alta hospitalar;
- VII. Assegurar que o setor responsável pelo fornecimento da nutrição enteral siga os padrões recomendados na Boas Práticas de Preparo de Nutrição Enteral (BPPNE), de acordo com a Resolução - RCD nº 503, de 27 de maio de 2021;
- VIII. Monitorar a qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega dos insumos e nutrição enteral industrializada seja acompanhada do certificado de análise emitido pelo fabricante;



- IX. Assegurar que os rótulos da nutrição enteral apresentem, de maneira clara e precisa, todos os dizeres exigidos na Resolução - RCD nº 503, de 27 de maio de 2021;
- X. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores, bem como auxiliar no treinamento dos profissionais envolvidos na preparação da nutrição enteral;
- XI. Divulgar regularmente as atualizações das diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da nutrição enteral;

Seção V **Das atribuições do Enfermeiro**

Art. 15º São atribuições do Enfermeiro:

- I. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à utilização e controle da Terapia Nutricional;
- II. Prescrever os cuidados de enfermagem na Terapia Nutricional, em nível hospitalar;
- III. Preparar o paciente, o material e o local para o acesso enteral e/ou parenteral;
- IV. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica para a nutrição enteral. Em caso de nutrição parenteral, proceder ou assegurar a punção venosa periférica, incluindo a inserção periférica central;
- V. Assegurar a manutenção das vias de administração;
- VI. Receber a nutrição enteral e/ou parenteral e assegurar a sua conservação até a completa administração;
- VII. Proceder à inspeção visual da nutrição enteral e parenteral antes da sua administração;
- VIII. Avaliar e assegurar a administração da nutrição enteral e parenteral observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição médica;
- IX. Avaliar e assegurar a administração da nutrição enteral e parenteral, observando os princípios de assepsia;
- X. Assegurar a infusão do volume prescrito, através do controle rigoroso do gotejamento;
- XI. Detectar, registrar e comunicar à Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional e ou o médico responsável pelo paciente, as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa;



- XII. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente, quanto ao: peso, sinais vitais, tolerância digestiva, entre outros que se fizerem necessários;
- XIII. Supervisionar a manutenção do curativo do cateter venoso e ou fixação da sonda enteral, com base em procedimentos preestabelecidos;
- XIV. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;
- XV. Elaborar e padronizar procedimentos de enfermagem relacionados à Terapia Nutricional;
- XVI. Zelar pelo perfeito funcionamento das bombas de infusão;
- XVII. Monitorar e orientar que qualquer outra droga e/ou nutriente prescritos, não sejam infundidos na mesma via de administração da Nutrição Parenteral;
- XVIII. Assegurar que qualquer outra droga e/ou nutriente prescritos, sejam infundidos na mesma via de administração da Nutrição Enteral, conforme procedimentos preestabelecidos;
- XIX. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores;
- XX. Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da Terapia Nutricional.

Seção VI **Das atribuições do Farmacêutico**

Art. 16º São atribuições do Farmacêutico:

- I. Auxiliar no processo de padronização das Nutrições Parenterais (NPs) e dos itens que as compõem, além de padronizar os processos de solicitação de prescrição médica, recebimento, armazenamento e distribuição, de acordo com os critérios estabelecidos pela CMTN;
- II. Monitorar a qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega da Nutrição Parenteral seja acompanhada de certificado de análise emitido por empresa habilitada, seguindo as recomendações da Boas Práticas de Manipulação – Anexo IV - Boas Práticas de Administração da Nutrição Parenteral (BPANP) da Portaria Anvisa nº 272, de 8 de abril de 1998;



- III. Ser o elo entre o médico prescritor e a empresa responsável pela manipulação das Nutrições Parenterais, frente à possíveis incompatibilidades físico-químicas, bem como quanto à interferência da Nutrição Parenteral junto à terapêutica medicamentosa;
- IV. Assegurar que os rótulos da Nutrição Parenteral apresentem, de maneira clara e precisa, todos os dizeres exigidos nas legislações;
- V. Informar a farmacovigilância e monitorar as reações adversas e interações droga-nutrientes e nutriente-nutriente, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;
- VI. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia;
- VII. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos que envolvam a melhor conduta para a administração da terapia nutricional parenteral.

Seção VII

Das atribuições comuns dos membros

Art. 17º São atribuições comuns dos membros:

- a) comparecer às reuniões em dias e horários designados;
- b) requerer a convocação de reuniões extraordinárias, justificando a sua necessidade;
- c) assinar as atas e, se necessário, propor a sua retificação;
- d) colaborar com o bom andamento dos trabalhos do NHE;
- e) examinar os assuntos que lhes forem submetidos à apreciação, procedendo às pesquisas e diligências necessárias e elaborar, quando for o caso, despachos ou minutas de atos;
- f) solicitar ao coordenador as medidas que considerem necessárias ao desempenho de suas atribuições;
- g) fazer registro mensal das atividades desenvolvidas na comissão, bem como desenvolver indicadores inerentes à sua área de atuação.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Art. 18º A atuação dos membros da CMTN se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste



regimento, nas demais normativas da empresa e legislações aplicáveis, respeitando a missão, visão e valores.

Art. 19º A complexidade da Terapia Nutricional exige o comprometimento e a capacitação de uma comissão multiprofissional para a garantia da sua eficácia e segurança para os pacientes. Deve abranger, obrigatoriamente, as seguintes etapas:

- I. Indicação e prescrição médica;
- II. Preparação: avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte;
- III. Administração;
- IV. Controle clínico e laboratorial;
- V. Avaliação final.

Art. 20º Os médicos não participantes da comissão multiprofissional que queiram indicar, prescrever e acompanhar pacientes submetidos à Terapia Nutricional devem fazê-lo em consenso com a equipe multiprofissional.

Art. 21º A CMTN reunir-se-á, ordinariamente, uma vez ao mês, na modalidade presencial ou online, com data e horário previamente estabelecidos, e, extraordinariamente, sempre que necessário aos interesses da unidade de saúde.

§1º O calendário das reuniões ordinárias será definido na primeira reunião anual e registrado em ata.

§2º A CMTN reunir-se-á extraordinariamente mediante convocação do Coordenador Clínico ou Coordenador Técnico Administrativo

§3º As reuniões extraordinárias deverão ser convocadas com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§4º Na convocação para reunião deverá constar a pauta previamente definida, podendo esta ser proposta por qualquer membro da comissão.



Art. 22º A Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros.

§1º As deliberações serão tomadas em votação pela maioria de votos dos presentes.

§2º Em caso de empate, o Coordenador Técnico Administrativo proferirá o voto de desempate, além do seu voto.

§3º As deliberações da CMTN deverão ser encaminhadas à Superintendência, Gerências ou Setores para parecer final e demais providências, quando aplicável

Art. 23º Para cada reunião será lavrada ata em processo SEI específico.

§1º Nas atas lavradas constarão os assuntos tratados, as posições majoritárias e minoritárias, a discriminação dos votos e as deliberações.

§2º As atas lavradas serão lidas e submetidas à aprovação na reunião subsequente, devendo ser assinadas por todos os membros que estiveram presentes.

Art. 24º A participação na CMTN não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros ou convidados.

Art. 25º A CMTN é a responsável pelas capacitações dos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a Terapia Nutricional Enteral e Parenteral, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

Art. 26º A solicitação de avaliação do paciente pela CMTN deverá ocorrer por intermédio da equipe assistencial, através de solicitação de parecer no prontuário eletrônico.



Art. 27º A CMTN deverá atender às solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.

Art. 28º As condutas da CMTN devem estar alinhadas com os profissionais que prestam assistência ao paciente.

Art. 29º As condutas clínicas referentes à TNE deverão ser tomadas conforme padronizado pela CMTN e disponibilizadas para a equipe assistencial da unidade de saúde.

Art. 30º É importante que a Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional acompanhe a *performance* assistencial por meio de indicadores de qualidade, desenvolva protocolos e capacite a equipe para auxiliar os profissionais na tomada de decisões.

Art. 31º As reuniões da comissão têm caráter reservado, devendo ser garantida proteção às informações sigilosas e respeitadas a intimidade e a privacidade dos envolvidos, nos termos da Constituição Federal, art. 5º, **inciso X**, da Lei nº 13.709/2018 (LGPD) e da Lei nº 12.527/2011 (**Lei de Acesso à Informação**).

Art. 32º Os participantes da CMTN deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 33º Nenhum membro da Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional, à exceção de seus Coordenadores poderá falar em nome da Comissão, sem que esteja autorizado pela Direção da unidade de saúde



Art. 34° A composição da CMNT será revista em até 30 (trinta) dias, a partir da publicação deste Regimento, para se adequar às novas regras, se necessário.

Art. 35° Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento interno serão dirimidos pela própria comissão.

Art. 36° O presente regimento interno poderá ser modificado no todo ou em parte, mediante proposta da maioria absoluta dos seus membros em reunião especialmente convocada para tal fim.

Parágrafo único. A proposta de alteração deve ser submetida à aprovação do Colegiado Executivo da unidade de saúde.

Art. 37° Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 38° O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação no Boletim de Serviço da unidade de saúde.

CRONOGRAMA

Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional (CMTN)																								
ATIVIDADE	MÊS																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Reunião	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Revisão dos protocolos de TN	x				x				x				x				x				x			
Capacitação sobre boas práticas na administração de NE e NP	x						x						x						x					x
Análise de desfechos clínicos	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
Monitoramento da adesão aos protocolos	x			x			x			x			x			x			x				x	
Auditoria de complicações associadas à TN						x						x							x					x

1867

7. FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO

Visando o acompanhamento e avaliação do Plano de Trabalho e o cumprimento das atividades estabelecidas no instrumento de parceria, a entidade parceira deverá alimentar as informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras no sistema de monitoramento das parcerias – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<https://osinfo.prefeitura.rio/>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão, Convênios e Termos de Colaboração firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Instituições Parceiras, bem como deverá apresentar a produção na forma definida pelo Gestor(a) ou Comissão Gestora da Parceria e pela Comissão de Monitoramento e Avaliação – CMA.

De forma a exercer o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.079/13 a entidade parceira deverá, impreterivelmente, até o 10º dia útil do mês subsequente, conforme manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, encaminhar as informações solicitadas.

7.1. Os repasses previstos no Termo de Colaboração em referência serão estabelecidos de acordo com a meta executada e a apresentação da prestação de contas, no prazo

previsto acima, conforme previsto no Termo e dentre outras documentações, os seguintes relatórios:

7.1.1. Relatório de Execução do Objeto, que conterá:

- a) A demonstração do alcance das metas referentes ao período de que trata a prestação de contas;
- b) A descrição das ações desenvolvidas para o cumprimento do objeto;
- c) Os documentos de comprovação do cumprimento do objeto, como lista de presença, fotos, vídeos, entre outros;
- d) Os documentos de comprovação do cumprimento da contrapartida, quando houver;
- e) Os dados físico-financeiro;
- f) Os documentos de comprovação de despesas relativas à implementação dos serviços oferecidos mensalmente pela entidade parceira.

7.1.2. O relatório de que trata o item anterior deverá, ainda, fornecer elementos para avaliação:

- a) Dos impactos econômicos ou sociais das ações desenvolvidas;
- b) Do grau de satisfação do público-alvo, que poderá ser indicado por meio de pesquisa de satisfação, declaração de entidade pública ou privada local e declaração do conselho de política pública setorial, entre outros; e
- c) Da possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto.

7.1.3. As informações supramencionadas deverão ser fornecidas por meio da apresentação de documentos e por outros meios previstos neste plano de trabalho.

7.1.4. A organização da sociedade civil deverá apresentar justificativa na hipótese de não cumprimento do alcance das metas.

7.2. Relatório de Execução Financeira deverá contemplar:

- a) O exame da conformidade das despesas, realizado pela verificação das despesas previstas e das despesas efetivamente realizadas, por item ou agrupamento de itens, conforme previsto no plano de trabalho, observados os termos do Decreto Municipal nº 42696/2016; e

b) A verificação da conciliação bancária, por meio da aferição da correlação entre as despesas constantes na relação de pagamentos e os débitos efetuados na conta corrente específica da parceria.

7.3. A prestação de contas final da parceria deverá ser apresentada no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias a partir do término da vigência da parceria, inclusive com a comprovação de recolhimento ao Tesouro Municipal de eventuais saldos financeiros.

7.4. Nas parcerias com vigência superior a 1 (um) ano: o Município realizará, sempre que possível, pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

7.5. A entidade parceira deverá, ainda, manter em dia todas as informações: referentes aos registros de AIH – Autorização de Internação Hospitalar e do SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais e outros registros oficiais, que a Secretaria Municipal de Saúde assim determinar, em especial, as exigidas no Termo de Colaboração e seus anexos.

7.6. A Secretaria Municipal de Saúde poderá, para permitir um melhor acompanhamento da produção e efetiva fiscalização, solicitar: acesso ao sistema informatizado utilizado pela entidade parceira no âmbito das Unidades e serviços objeto do instrumento de parceria. Este acesso poderá ser através de senha para acesso ao sistema, ou, por meio de um software integrador.

7.7. A Secretaria Municipal de Saúde procederá à análise mensal dos dados enviados pela entidade parceira para que sejam atestados os serviços vinculados aos repasses de recursos, conforme previsto no Termo de Colaboração e em seus anexos.

7.8. Trimestralmente a Secretaria Municipal de Saúde procederá: à análise do quantitativo de atividades assistenciais realizadas pela entidade parceira, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Plano de Trabalho, conforme previsto no Termo de Colaboração e seus anexos. Desta análise, poderá resultar uma repactuação das quantidades assistenciais estabelecidas no instrumento de parceria e seu correspondente reflexo

econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao instrumento de parceria em referência.

7.9. Esta análise periódica não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela entidade parceira e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, caso a Secretaria Municipal de Saúde – SMS-Rio, a seu critério, entender que condições e/ou ocorrências excepcionais incidem de forma muito intensa sobre as atividades das Unidades e serviços objeto desta parceria, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

7.10. No primeiro relatório de atividade deverão vir especificados: os bens permanentes adquiridos e aqueles recebidos em doação, ou, por outras formas, com as respectivas notas fiscais e o local de uso dos mesmos dentro das Unidades. Consideram-se materiais permanentes aqueles que, em razão de seu uso corrente, não perdem a sua identidade física, e/ou apresentam durabilidade superior a 2 (dois) anos.

7.11. Todos os contratos de serviços firmados pela entidade parceira com prestadores de serviços devem: ser enviados à Secretaria Municipal de Saúde, assim que os serviços forem iniciados, devidamente datados e assinados por ambas as partes, com a descrição de todos os serviços a serem prestados bem como com todas as cláusulas contratuais de acordo com as normas legais vigentes no país.

7.12. As Unidades deverão ser dotadas de: controle de frequência, por meio de ponto eletrônico, cujo relatório deve ser apresentado à Secretaria Municipal Saúde - SMS-Rio sempre que solicitado e deve ser o espelho fiel do que se informa no relatório da Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA e no painel de gestão.

7.13. As Unidades deverão funcionar com prontuário eletrônico e ter a documentação arquivada e organizada em local apropriado a guarda de documentação médica.

7.14. Esta parceria tem por objetivo, qualificar a assistência na linha de cuidado dos serviços e ações de saúde objeto deste Plano de Trabalho, efetivar o uso de tecnologias integradas à saúde e dar celeridade aos processos ligados a esta linha assistencial.

7.15. Ao final de 24 (vinte e quatro) meses de acompanhamento, a Secretaria Municipal de Saúde – SMS-Rio, juntamente com a entidade parceira, deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

7.16. Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da entidade parceira, a Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA, baseada em relatório fundamentado enviado pela Subsecretaria responsável pelo objeto desta parceria, por meio do Gestor(a) ou Comissão Gestora da Parceria, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável.

7.17. A cada período de 3 (três) meses (trimestral), será realizada por parte da Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA a avaliação e pontuação dos indicadores e metas que condicionam o valor de pagamento da variável de até 5% do valor do contrato, conforme previsto em cronograma de desembolso, assim divididas:

7.18. O desempenho da instituição parceira na consecução dos serviços de saúde será acompanhado a partir dos critérios estabelecidos acima e por meio dos indicadores que devem refletir a devida organização institucional, as boas práticas clínicas, a devida atenção ao usuário e a devida articulação entre os níveis assistenciais.

7.19. Por meio da aplicação dos indicadores busca-se avaliar de forma objetiva a performance das Organizações da Sociedade Civil (OSC), bem como aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

7.20. Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória poderão ser incluídos para fins de acompanhamento.

7.21. A qualquer momento a CMA e a SMS-Rio poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a realizar auditoria para validar os resultados apresentados.

7.22. A cada período de três meses (trimestral) será realizada por parte da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO da Secretaria Municipal Saúde - SMS-Rio a avaliação e pontuação dos indicadores e metas que condicionam o valor de pagamento da variável de até 5% do valor do contrato, assim divididas:

- **Parte Variável 01 – incentivo institucional à gestão.**
- **Parte Variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde.**

- **Parte Variável 03 - incentivo à equipe.**

No primeiro ano de gestão, para fins de pagamento da variável, os indicadores e metas somente serão avaliados a partir do terceiro trimestre.

7.22.1 Hospital Maternidade Alexander Fleming:

PARTE PERFORMANCE 01 – Incentivo institucional à gestão.

A Parte Performance 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSC e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Termo de Colaboração.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC deverá apresentar relatórios mensais contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro I de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC para fazer jus aos recursos orçamentários da Parte 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a **até 2%** do valor total conforme cronograma de desembolso deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS-Rio. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a OSC deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (CMA) aprovar o Plano de Aplicação dos recursos da variável 1, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

O percentual do repasse será calculado conforme assinalado no quadro de indicadores.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, que é parte integrante da SMS-Rio. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente.

Indicadores componentes da PARTE VARIÁVEL 01:

	INDICADOR	FÓRMULA	FO NTE	ME TA
	Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade	Total de BAE dentro do padrão de conformidade x 100 / Total de BAE analisados	PEP	>90%
	Índice de absenteísmo	Horas faltantes/Horas disponíveis x 100	Ponto Biométrico	<3%
	Treinamento hora/homem	Total de horas treinadas/Número funcionários	OSI NFO	≥ 1,5 homens treinados / mês
	Índice de rejeição de AIH	Número de AIHs glosadas/Total de AIHs apresentadas X 100	TAB NET	<3%
	TOTAL		100%	2,0%

Fonte: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/11/ManualDeIndicadoresHospitalares-2.pdf>

http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sia/definicoes/producao_2008.def

Repasse referente aos indicadores da PARTE VARIÁVEL 01

	INDICADOR	% dos indicadores	% do contrato
	Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade	25%	0,5
	Índice de absenteísmo	25%	0,5
	Treinamento hora/homem	25%	0,5
	Índice de rejeição de AIH	25%	0,5
	TOTAL	100 %	2,0%

PARTE 02 – Incentivo institucional à unidade de saúde.

A avaliação do desempenho assistencial da unidade de saúde está representada por indicadores que constituem o grupo para a PARTE 02, conforme os quadros abaixo.

O Município solicitará à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC para fazer jus aos recursos orçamentários da PARTE 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a **até 1%** do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS-Rio. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a UNIDADE DE SAÚDE deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a COMISSÃO DE

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (CMA) aprovar o Plano de Aplicação da Parte variável 2, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

O percentual do repasse será calculado conforme o atingimento das metas e os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade.

Indicadores para a PARTE VARIÁVEL 02

	INDICADOR	FÓRMULA	FONT E	META
1	Percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do tempo esperado para a sua faixa de risco.	Total de pacientes atendidos dentro do tempo esperado para a faixa de risco/Total de pacientes atendidos por médico X 100	PEP	> 90%
2	Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados X 100 / Total de Partos Realizados	PEP	< 30%
3	Taxa de Consultas de PNAR realizadas	Total de consultas de PNAR realizadas no mês x 100 / Total de consultas de PNAR agendadas no mesmo mês	PEP	> 80%
4	Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro (IG 24-36 semanas)	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia antenatal X 100 / Nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição	PEP	> 90%

5	Utilização do Sulfato de Magnésio na pré-eclâmpsia grave	Gestantes com pré-eclâmpsia grave que utilizaram Sulfato de Magnésio X 100 / Total de gestantes com pré-eclâmpsia grave atendidas na instituição	PEP	100%
6	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Nº de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré-parto X100 / Nº de parturientes que passaram pelo pré-parto	PEP	30%
7	AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento X100 / Total de abortos	PEP	100%
8	Taxa de Asfixia nos RN com mais que 2500g	Nº de recém-nascidos com mais de 2500 g com Apgar no quinto minuto < 7 X100 / Total de nascimentos com mais de 2500g	PEP	< 2%
9	Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	Nº gestantes com acompanhante no TP e parto X100 / Nº total de gestantes em TP e parto	PEP	> 80%
10	Média de permanência na UTI Neonatal	\sum nº de pacientes- dia/ nº de saídas	PEP	≤ 8 dias

1	Média de permanência na Obstetrícia	Σ nº de pacientes- dia internados na Obstetrícia/ nº de saídas da Obstetrícia	PEP	3 dias
1	% RN elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na Unidade Canguru	Nº de RN elegíveis, internados na unidade Canguru, superior a 5 dias X100 / Total de RN elegíveis internados na Unidade Canguru	PEP	> 80%
TOTAL				

Fonte: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/11/ManualDeIndicadoresHospitalares-2.pdf>

Repasse referente aos indicadores da PARTE VARIÁVEL 02

	INDICADOR PARA VARIÁVEL	% A INCIDIR SOBRE A VARIÁVEL 02	% A INCIDIR SOBRE O TOTAL DO CONTRATO
1	Percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do tempo esperado para a sua faixa de risco.	8,34%	0,08%
2	Taxa de Cesárea	8,33%	0,09%
3	Taxa de consultas de PNAR realizadas	8,33%	0,09%
4	Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG	8,33%	0,08%

5	Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré- eclâmpsia grave	8,33%	0,08%
6	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	8,34%	0,09%
7	AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	8,33%	0,08%
8	Taxa de Asfixia nos RNs com mais de 2500g	8,33%	0,08%
9	Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	8,34%	0,08%
10	Média de permanência na UTI Neonatal	8,33%	0,09%
11	Média de permanência na Obstetrícia	8,34%	0,08%
12	% RN's elegíveis internados por, no mínimo, 05 dias na unidade Canguru	8,33%	0,08%
TOTAL		100%	1%

PARTE 03 – Incentivo à Equipe

A avaliação do desempenho dos profissionais será realizada por indicadores que medem a satisfação do usuário, que compõem o grupo para a PARTE 03, que corresponde a **até 2%** do valor total, conforme cronograma de desembolso.

O recurso pago trimestralmente, auferido conforme os quadros seguintes, deverá ser distribuído pela equipe técnica dos serviços e da unidade conforme PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (CMA) aprovar o Plano de Aplicação da PARTE 3, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a aplicação de questionários que deverão ser analisados e aprovados pela SMS.

Todos os indicadores e metas listados nas tabelas abaixo têm a periodicidade mensal apesar da apresentação trimestral para fins de análise da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – CMA.

Indicadores da PARTE VARIÁVEL 03

	INDICADOR	FÓRMULA	F ONTE	M ETA
	Percentual de usuários Satisfeitos/Muito Satisfeitos.	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito/Total de Respostas efetivas x100	T OTEM	> 85%
	Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas	Total de gestantes / puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida/Total de pacientes com alta hospitalar x100	P EP	1 00%
	Percentagem de altas de recém nascidos referenciadas realizadas	Total de recém nascidos com alta referenciada adequadamente preenchida/Total de recém nascidos com alta hospitalar x100	P EP	100%

Fonte: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/11/ManualDeIndicadoresHospitalares-2.pdf>

O questionário de satisfação deverá ser elaborado pela OSC e validado pela equipe técnica da S/SUBHUE, podendo haver alterações do mesmo quando essa equipe julgar necessário.

Repasse referentes à PARTE VARIÁVEL 03

	INDICADOR	% dos indicadores	% do contrato
	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	30	0,5
	Percentagem das altas referenciadas realizadas de gestantes / puérperas	30	0,5
	Percentual das altas referenciadas realizadas de recém nascidos	40	1,0
	TOTAL	100 %	2,0 0

7.22.2 Hospital Maternidade Herculano Pinheiro:

PARTE PERFORMANCE 01 – Incentivo institucional à gestão.

A Parte Performance 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSC e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Termo de Colaboração.

À ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC deverá apresentar relatórios mensais contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro I de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC para fazer jus aos recursos orçamentários da Parte 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a **até 2%** do valor total conforme cronograma de desembolso deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS-Rio. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a OSC deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a COMISSÃO DE MONITORAMENTO

E AVALIAÇÃO (CMA) aprovar o Plano de Aplicação dos recursos da variável 1, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

O percentual do repasse será calculado conforme assinalado no quadro de indicadores.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, que é parte integrante da SMS-Rio. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente.

Indicadores componentes da PARTE VARIÁVEL 01

	INDICADOR	FÓRMULA	FONTE	META
	Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade	Total de BAE dentro do padrão de conformidade/Total de BAE analisados x 100	PEP	>90%
	Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes/Horas líquidas disponíveis x 100	Ponto Biométrico	<3%
	Treinamento hora/homem	Total de horas treinadas/Número funcionários	OSIN FO	≥ 1,5 homens treinados / mês
	Índice de rejeição de AIH	Número de AIHs glosadas/Total de AIHs apresentadas X 100	TAB NET	<3%
	TOTAL		100%	2,0%

Fonte: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/11/ManualDeIndicadoresHospitalares-2.pdf>

http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sia/definicoes/producao_2008.def

Repasse referente aos indicadores da PARTE VARIÁVEL 01

	INDICADOR	% dos indicadores	% do contrato
	Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade	25%	0,5
	Índice de absenteísmo	25%	0,5
	Treinamento hora/homem	25%	0,5
	Índice de rejeição de AIH	25%	0,5
	TOTAL	100 %	2,0%

PARTE 02 – Incentivo institucional à unidade de saúde.

A avaliação do desempenho assistencial da unidade de saúde está representada por indicadores que constituem o grupo para a PARTE 02, conforme quadro abaixo.

O Município solicitará à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC para fazer jus aos recursos orçamentários da PARTE 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a **até 1%** do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS-Rio. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a UNIDADE DE SAÚDE deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (CMA) aprovar o Plano de Aplicação da Parte variável 2, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

O percentual do repasse será calculado conforme o atingimento das metas e os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade.

Indicadores para a PARTE VARIÁVEL 02

INDICADOR		FÓRMULA	FONT E	META
1	Percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do tempo esperado para a sua faixa de risco.	Total de pacientes atendidos dentro do tempo esperado para a faixa de risco/Total de pacientes atendidos por médico X 100	PEP	> 90%
2	Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados/Total de Partos Realizados X 100	PEP	< 30%
3	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Nº de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré-parto/ Nº de parturientes que passaram pelo pré-parto X100	PEP	30%
4	AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento/Total de abortos X100	PEP	100%

5	Taxa de Asfixia nos RN com mais que 2500g	Nº de recém-nascidos com mais de 2500 g com Apgar no quinto minuto < 7 /Total de nascimentos com mais de 2500g X100	PEP	< 2%
6	Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	Nº gestantes com acompanhante no TP e parto/Nº total de gestantes em TP e parto X100	PEP	> 80%
7	Média de permanência na Obstetrícia	Σ nº de pacientes- dia internados na Obstetrícia/ nº de saídas da Obstetrícia	PEP	3 dias
8	Percentual de laqueaduras tubárias pós-parto solicitadas dentro dos critérios realizadas	Número de laqueaduras tubárias pós-parto realizadas x 100/Número de laqueaduras tubárias pós-parto previstas no contrato	PEP	≥90%
TOTAL				

Fonte: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/11/ManualDeIndicadoresHospitalares-2.pdf>

Repasse referente aos indicadores da PARTE VARIÁVEL 02

	INDICADOR PARA VARIÁVEL	% A INCIDIR SOBRE A VARIÁVEL 02	% A INCIDIR SOBRE O TOTAL DO CONTRATO
1	Percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do tempo esperado para a sua faixa de risco.	12,5%	0,12%
2	Taxa de Cesárea	12,5%	0,13%
3	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	12,5%	0,13%
4	AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	12,5%	0,12%
5	Taxa de Asfixia nos RNs com mais de 2500g	12,5%	0,13%
6	Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	12,5%	0,13%
7	Média de permanência na Obstetrícia	12,5%	0,12%
8	Quantidade de laqueaduras tubárias por parto realizadas	12,5%	0,12%
	TOTAL	100%	1%

PARTE 03 – Incentivo à Equipe

A avaliação do desempenho dos profissionais será realizada por indicadores que medem a satisfação do usuário, que compõem o grupo para a PARTE 03, que corresponde a **até 2%** do valor total, conforme cronograma de desembolso.

O recurso pago trimestralmente, auferido conforme os quadros seguintes, deverá ser distribuído pela equipe técnica dos serviços e da unidade conforme PLANO DE

APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (CMA) aprovar o Plano de Aplicação da PARTE 3, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a aplicação de questionários que deverão ser analisados e aprovados pela SMS.

Todos os indicadores e metas listados nas tabelas abaixo têm a periodicidade mensal apesar da apresentação trimestral para fins de análise da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – CMA.

Indicadores da PARTE VARIÁVEL 03

	INDICADOR	FÓRMULA	FONTE	META
1	Percentual de usuários Satisfeitos Muito Satisfeitos /	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100 / Total de Respostas efetivas	TOTEM	>85%
2	Percentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas	Total de gestantes / puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida x100 / Total de pacientes com alta hospitalar	PEP	100%
3	Percentagem de altas de recém nascidos referenciadas realizadas	Total de recém nascidos com alta referenciada adequadamente preenchida x100 / Total de recém nascidos com alta hospitalar	PEP	100%

Fonte: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/11/ManualDeIndicadoresHospitalares-2.pdf>

O questionário de satisfação deverá ser elaborado pela OSC e validado pela equipe técnica da S/SUBHUE, podendo haver alterações do mesmo quando essa equipe julgar necessário.

Repases referentes à PARTE VARIÁVEL 03

	INDICADOR	% dos indicadores	% do contrato
1	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	30%	0,5%
2	Percentagem das altas referenciadas realizadas de gestantes / puérperas	30%	0,5%
3	Percentual das altas referenciadas realizadas de recém nascidos	40%	1,0%
	TOTAL	100%	2,0%

7.22.3 Maternidade Leila Diniz:

PARTE PERFORMANCE 01 – Incentivo institucional à gestão.

A Parte Performance 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSC e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Termo de Colaboração.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC deverá apresentar relatórios mensais contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro I de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação a seguir.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC para fazer jus aos recursos orçamentários da Parte 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a **até 2%** do valor total conforme cronograma de desembolso deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS-Rio. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a OSC deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (CMA) aprovar o Plano de Aplicação dos recursos da variável 1, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

O percentual do repasse será calculado conforme assinalado no quadro de indicadores.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, que é parte

integrante da SMS-Rio. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela CONTRATADA, já mencionados anteriormente.

Indicadores componentes da PARTE VARIÁVEL 01

	INDICADOR	FÓRMULA	FO NTE	ME TA
	Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade	Total de BAE dentro do padrão de conformidade/Total de BAE analisados x 100	PEP	>90 %
	Índice de absenteísmo	Horas líquidas faltantes/Horas líquidas disponíveis x 100	Pon to Biométrico	<3 %
	Treinamento hora/homem	Total de horas treinadas/Número funcionários	OSI NFO	≥ 1,5 homens treinados / mês
	Índice de rejeição de AIH	Número de AIHs glosadas/Total de AIHs apresentadas X 100	TAB NET	<3 %
	TOTAL		10 0%	2,0 %

Fonte: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/11/ManualDeIndicadoresHospitalares-2.pdf>

http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sia/definicoes/producao_2008.def

Repasse referente aos indicadores da PARTE VARIÁVEL 01

	INDICADOR	% dos indicadores	% do contrato
	Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade	25%	0,5%
	Índice de absenteísmo	25%	0,5%
	Treinamento hora/homem	25%	0,5%
	Índice de rejeição de AIH	25%	0,5%
	TOTAL	100%	2,0%

PARTE 02 – Incentivo institucional à unidade de saúde.

A avaliação do desempenho assistencial da unidade de saúde está representada por indicadores que constituem o grupo para a PARTE 02, conforme quadro abaixo.

O Município solicitará à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC para fazer jus aos recursos orçamentários da PARTE 02, com periodicidade trimestral, que corresponde a **até 1%** do valor total conforme cronograma de desembolso, deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS-Rio. O valor está condicionado ao percentual cumprido do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre, e para tal a UNIDADE DE SAÚDE deverá apresentar um PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (CMA) aprovar o Plano de Aplicação da Parte variável 2, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

O percentual do repasse será calculado conforme o atingimento das metas e os recursos deverão ser aplicados em melhorias para a própria unidade.

Indicadores para a PARTE VARIÁVEL 02

INDICADOR		FÓRMULA	FONT E	MET A
1	Percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do tempo esperado para a sua faixa de risco.	Total de pacientes atendidos dentro do tempo esperado para a faixa de risco/Total de pacientes atendidos por médico X 100	PEP	> 90%
2	Taxa de Cesárea	Número de partos cesáreos realizados/Total de Partos Realizados X 100	PEP	< 30%
3	Taxa de Consultas de PNAR realizadas	Total de consultas de PNAR realizadas no mês/Total de consultas de PNAR agendadas no mesmo mês x 100	PEP	> 80%
4	Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro (IG 24-36 semanas)	Gestantes atendidas em risco de parto prematuro que utilizaram corticoterapia antenatal/Nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição X 100	PEP	> 90%

5	Utilização do Sulfato de Magnésio na pré-eclâmpsia grave	Gestantes com pré-eclâmpsia grave que utilizaram Sulfato de Magnésio/Total de gestantes com pré-eclâmpsia grave atendidas na instituição X 100	PEP	100 %
6	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Nº de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré-parto/ Nº de parturientes que passaram pelo pré-parto X100	PEP	30%
7	AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	Número de AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento/Total de abortos X100	PEP	100 %
8	Taxa de Asfixia nos RN com mais que 2500g	Nº de recém-nascidos com mais de 2500 g com Apgar no quinto minuto <7 /Total de nascimentos com mais de 2500g X100	PEP	< 2%
9	Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	Nº gestantes com acompanhante no TP e parto/Nº total de gestantes em TP e parto X100	PEP	> 80%
10	Média de permanência na UTI Neonatal	\sum nº de pacientes- dia/ nº de saídas	PEP	≤ 8 dias

1	Média de permanência na Obstetrícia	Σ nº de pacientes- dia internados na Obstetrícia/nº de saídas da Obstetrícia	PEP	3 dias
1	% RN elegíveis internados por, no mínimo, 5 dias na Unidade Canguru	Nº de RN elegíveis, internados na unidade Canguru, superior a 5 dias/Total de RN elegíveis internados na Unidade Canguru X100	PEP	> 80%
TOTAL				

Fonte: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/11/ManualDeIndicadoresHospitalares-2.pdf>

Repasse referente aos indicadores da PARTE VARIÁVEL 02

	INDICADOR PARA VARIÁVEL	% A INCIDIR SOBRE A VARIÁVEL 02	% A INCIDIR SOBRE O TOTAL DO CONTRATO
1	Percentual de pacientes atendidos pelo médico dentro do tempo esperado para a sua faixa de risco.	8,33%	0,08%
2	Taxa de Cesárea	8,34%	0,09%
3	Taxa de consultas de PNAR realizadas	8,34%	0,09%

4	Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG	8,33%	0,08%
5	Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	8,33%	0,08%
6	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	8,33%	0,08%
7	AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	8,33%	0,08%
8	Taxa de Asfixia nos RNs com mais de 2500g	8,34%	0,09%
9	Gestante com acompanhante no trabalho de parto e parto	8,33%	0,08%
10	Média de permanência na UTI Neonatal	8,33%	0,08%
11	Média de permanência na Obstetrícia	8,33%	0,08%
12	% RN's elegíveis internados por, no mínimo, 05 dias na unidade Canguru	8,34%	0,09%
TOTAL		100%	1%

PARTE 03 – Incentivo à Equipe

A avaliação do desempenho dos profissionais será realizada por indicadores que medem a satisfação do usuário, que compõem o grupo para a PARTE 03, que corresponde a **até 2%** do valor total, conforme cronograma de desembolso.

O recurso pago trimestralmente, auferido conforme os quadros seguintes, deverá ser distribuído pela equipe técnica dos serviços e da unidade conforme PLANO DE APLICAÇÃO dos recursos, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (CMA) aprovar o

Plano de Aplicação da PARTE 3, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a aplicação de questionários que deverão ser analisados e aprovados pela SMS.

Todos os indicadores e metas listados nas tabelas abaixo têm a periodicidade mensal apesar da apresentação trimestral para fins de análise da COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – CMA.

Indicadores da PARTE VARIÁVEL 03

	INDICADOR	FÓRMULA	F ONTE	MET A
	Percentual de usuários Satisfeitos/Muito Satisfeitos.	Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito/Total de Respostas efetivas x100	TO TEM	>85 %
	Porcentagem das altas de gestantes e puérperas referenciadas realizadas	Total de gestantes puérperas com alta referenciada adequadamente preenchida/ Total de pacientes com alta hospitalar x100	PE P	100 %
	Porcentagem de altas de recém nascidos referenciadas realizadas	Total de recém nascidos com alta referenciada adequadamente preenchida/ Total de recém nascidos com alta hospitalar x100	PE P	100%

Fonte: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2023/11/ManualDeIndicadoresHospitalares-2.pdf>

O questionário de satisfação deverá ser elaborado pela OSC e validado pela equipe técnica da S/SUBHUE, podendo haver alterações do mesmo quando essa equipe julgar necessário.

Repasse referentes à PARTE VARIÁVEL 03

	INDICADOR	% dos indicadores	% do contrato
	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	30%	0,5 %
	Percentagem das altas referenciadas realizadas de gestantes / puérperas	30%	0,5 %
	Percentual das altas referenciadas realizadas de recém nascidos	40%	1,0 %
	TOTAL	100 %	2,0 %

8. PRAZO

A partir da assinatura do Termo de Colaboração, a entidade parceira deverá assumir o objeto da parceria desde o 1º dia de vigência da parceria, tendo até 30 (trinta) dias corridos, contados do início da vigência, para início da implantação e execução das atividades constantes do objeto do presente projeto.

Os relatórios previstos no item 7 deste Plano de Trabalho, devem ser apresentados até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço, conforme previsto na legislação aplicável.

O período de vigência da presente parceria será de 24 (vinte e quatro) meses, iniciados a partir da data de assinatura do instrumento contratual.

9. CUSTO

9.1 PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos transferidos pelo MUNICÍPIO à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL serão mantidos por esta em conta especialmente aberta para a execução do presente termo de

colaboração em instituição financeira oficial e os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados.

O montante de recursos previstos e repassados a título de provisionamento deverá ser depositado em conta específica, preferencialmente em conta poupança, sendo vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.

Na formulação das Propostas Técnicas e Econômicas, as proponentes deverão computar todas as despesas e custos operacionais relacionados com os serviços a serem executados, especialmente os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), bem como os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL deve zelar pelo equilíbrio financeiro entre receita e despesa, de modo a evitar déficit orçamentário ou financeiro.

9.2 EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

9.3 Para a execução orçamentária do termo de colaboração será seguido o seguinte procedimento:

- O acompanhamento orçamentário/financeiro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde será efetivado por consulta ao Painel de Gestão de Parcerias que gerará relatórios gerenciais para subsidiar a avaliação do Gestor (a) ou Comissão Gestora da Parceria e Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) e o controle dos órgãos competentes.
- A transferência de recursos orçamentários para a Organização da Sociedade Civil se dará em oito (08) parcelas, que serão liberadas conforme previsto no termo de colaboração e em estrita conformidade com os valores especificados no cronograma de desembolso anexo ao termo de colaboração.
- A partir da segunda parcela os repasses serão condicionados à apresentação da prestação de contas pela Organização da Sociedade Civil.

- A partir da terceira parcela os repasses serão condicionados à aprovação da prestação de contas do antepenúltimo repasse efetuado.

9.3. CONFORME PREVISTO NA RESOLUÇÃO CGM 1.285 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017 E NO TERMO DE COLABORAÇÃO E EM SEUS ANEXOS, A PRESTAÇÃO DE CONTAS SE DARÁ:

- A prestação de contas das despesas realizadas deverá ser apresentada até o 10º dia útil do mês subsequente ao da competência da execução da despesa, sendo a última entregue até 45 (quarenta e cinco) dias após o término da vigência da parceria, tendo por base a autuação do processo administrativo no protocolo do órgão ou entidade gestora da parceria.
- A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30 (ou 31) de cada mês.
- A prestação de Contas mensal deverá ser disponibilizada no Painel de Gestão de Parcerias até o 10º dia útil de cada mês, junto com notas fiscais digitalizadas, contratos de prestação de serviços firmados com empresas terceirizadas escaneados e qualquer outro documento que se entenda pertinente, para fins de acompanhamento pela SMS e pela CMA.
- No ato da prestação de contas, deverão ser disponibilizadas no Painel de Gestão das Parcerias as certidões negativas da instituição, bem como as Guias de Recolhimento de INSS e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados em regime CLT para execução deste Termo de Colaboração, além do extrato bancário que comprove a existência do provisionamento de férias, décimo terceiro salário e rescisão dos funcionários.

9.4. DOS RECURSOS RECEBIDOS

Os recursos recebidos, através da instituição bancária designada pelo Município do Rio de Janeiro, deverão ser integralmente transferidos para a conta corrente específica da parceria, isenta de tarifa bancária, exclusivamente aberta pela organização da sociedade civil para a movimentação dos repasses.

Os saldos dos recursos transferidos não utilizados serão aplicados na forma da regulamentação específica e a aplicação financeira deverá ser vinculada à conta movimento que não poderá ter limites de créditos concedidos pela instituição financeira.

Os rendimentos de aplicação serão obrigatoriamente computados a crédito do Termo de Colaboração ou fomento e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas da parceria.

O saldo da verba rescisória trabalhista não utilizado até o término de vigência do Termo de Colaboração ou fomento poderá ser transferido para a nova conta corrente do Termo de Colaboração ou fomento subsequente, desde que mantido o objeto, a entidade, e as ações, sem interrupção, da parceria. O extrato com a comprovação da transferência deverá integrar a prestação de contas final do termo que está se encerrando, e a prestação de contas inicial do novo termo, com a indicação dos rendimentos financeiros auferidos no período, se for o caso.

9.5. DESCRIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS NO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Os recursos orçamentários estão divididos em 02 (duas) partes, sendo uma parte fixa e outra variável.

PARTE FIXA 1 – Recursos de apoio à gestão

PARTE FIXA 2 – Recursos de RH e custeio

PARTE VARIÁVEL – Recursos vinculados à Variável (Variável 01, 02 e 03)

Os recursos orçamentários referentes às PARTES FIXAS 1 e 2 serão repassados em 8 (oito) parcelas, sendo que cada parcela corresponderá ao valor de três meses da parte fixa, conforme cronograma de desembolso.

9.5.1. Recursos orçamentários referentes à PARTE FIXA 1 - Apoio à Gestão

Os recursos orçamentários da rubrica de apoio à gestão da RUE-OSC, destinados à Organização da Sociedade Civil, devem respeitar o limite máximo de 4% da parte fixa (Custeio + RH). Para a rubrica de apoio à CGE o valor deve ser de 1% da parte fixa (Custeio + RH).

Nos casos em que a instituição proponente seja detentora da Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS), 5% do valor da economia decorrente de sua imunidade tributária, deverão ser alocados na rubrica de apoio à gestão ao monitoramento das parcerias da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) prevista no cronograma de desembolso, conforme recomendação contida no VOTO TCMRJ Nº 028/2024, processo 040/100.460/2022. O restante do valor decorrente da isenção tributária deve ser deduzido do valor da proposta.

A instituição proponente deverá apresentar em sua proposta financeira a memória de cálculo relativa à dedução decorrente da imunidade tributária, conforme regras e percentuais da isenção da qual a instituição se beneficia.

A alocação de despesas na rubrica de gestão RUE-OSC deve observar o disposto no Artigo 33 do Decreto Rio Nº 42.696 de 22 de dezembro de 2016 e as regras contidas na Instrução Normativa CODESP 05/2025 CODESP (disponível no site <https://controladoria.prefeitura.rio/nucleo-de-monitoramento-da-prestacao-de-contas-nmpc/>), notadamente na Seção II, devendo ser observada ao longo de toda a execução do Termo de Colaboração.

Os valores definidos a partir dos percentuais acima estabelecidos devem ser observados como limite das despesas alocadas em tais rubricas ao longo de toda a execução do Termo de Colaboração.

RATEIO DE DESPESAS													
Nº DO CONTRATO / ANO / OBJETO	MEDIA DO CUSTO FIXO MENSAL (CONFORME CRONOGRAMA CONTRATUAL)	MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO DOS CUSTOS (%)	OBSERVAÇÕES GERAIS										
HMAF/HMHP/HMLD	14.424.790,15	18,21%											
HM ROCHA FARIA E CER	14.895.332,18	18,81%											
SRTs	6.600.391,86	8,33%											
001/2025/HGVF	6.018.064,53	7,60%											
003/2019/Programa de Atenção domiciliar ao Idoso - PADI	3.237.842,62	4,09%											
003/2024 - ILPI	742.557,98	0,94%											
007/2020/AP 3.2	19.601.731,35	24,75%											
Contrato 001/2023 - HMAR	7.645.319,01	9,65%											
164/2022/HMRPS	2.852.760,13	3,60%											
013/2022/CCE	3.179.639,36	4,01%											
TOTAL	79.198.429,17	100,00%											
DESPESA MENSAL COM CUSTOS INDIRETOS	DESCRICOÃO DESPESAS DA SEDE	VALOR	HM ROCHA FARIA E CER	SRTs	001/2025/HGVF	003/2019/PADI	007/2021/AP 3.2	Contrato 001/2023 - HMAR	164/2022/HMRPS	003/2024 - ILPI	013/2022/CCE	HMAF/HMHP/HMLD	TOTAL
	Pessoal + encargos	1.210.787,08	216.559,97	60.734,26	86.014,03	27.031,91	181.397,62	190.520,98	48.310,29	22.872,76	53.774,96	323.570,30	1.210.787,08
	Sistema de Chamados	54.045,71	10.173,08	4.007,88	4.110,16	2.211,35	13.387,41	5.221,53	1.948,35	507,15	2.171,60	10.307,19	54.045,71
	Telefone + Internet	10.500,00	1.942,13	860,59	784,67	422,17	2.555,78	752,46	371,96	96,82	414,58	2.298,85	10.500,00
	Energia Elétrica	14.000,00	2.589,51	1.147,46	1.046,22	562,89	2.907,71	1.329,12	995,94	129,09	552,77	2.739,29	14.000,00
	Contabilidade	50.000,00	10.173,08	4.507,88	4.110,16	2.211,35	13.387,41	5.221,53	1.948,35	507,15	2.171,60	5.761,48	50.000,00
	Honorários Advocaticios	103.000,00	26.195,81	9.835,37	17.967,63	4.824,77	21.208,90	6.392,43	4.250,95	1.106,50	4.738,04	6.479,60	103.000,00
	Serviços de Certificação e Acreditação	46.000,00	9.618,18	4.261,99	3.885,97	2.090,73	12.657,19	4.936,72	1.842,08	479,48	2.053,15	4.174,49	46.000,00
	Duvidoria	22.000,00	4.069,23	1.803,15	1.644,07	884,54	5.354,97	2.088,61	779,34	202,86	868,64	4.304,59	22.000,00
	Educação permanente -Sede	111.900,00	21.449,26	8.446,50	8.369,79	4.503,12	26.545,34	11.349,24	3.967,55	1.032,73	4.422,17	21.814,30	111.900,00
	Publicações em D.O.	12.000,00	2.219,58	983,54	896,76	482,48	2.920,89	839,24	425,10	110,65	473,80	2.647,96	12.000,00
	Consultoria Gestão de Custos	46.500,00	8.878,32	3.934,15	3.587,05	1.929,91	11.683,56	4.556,97	1.700,38	442,60	1.895,22	7.891,84	46.500,00
	Consultoria Gestão Orçamentária	30.000,00	5.548,95	2.458,84	2.241,91	1.206,19	7.302,23	2.848,11	1.062,74	276,62	1.184,51	5.869,90	30.000,00
	Infraestrutura	77.980,92	17.088,37	7.170,03	312,60	2.609,75	36.778,52	1.542,51	3.098,96	320,16	3.454,06	5.605,97	77.980,92
	Serviços de Comunicação	18.000,00	3.329,37	1.475,30	1.345,14	723,72	4.381,34	1.208,86	637,64	165,97	710,71	4.021,94	18.000,00
	Aluguel de Equipamentos de Informática	43.500,00	8.323,43	3.688,26	3.362,86	1.809,29	10.953,34	4.272,16	1.594,11	414,94	1.776,76	7.304,85	43.500,00
	Despesas com Cartório	12.500,00	2.312,06	1.024,52	934,13	502,58	3.042,59	886,71	442,81	115,26	493,55	2.745,79	12.500,00
	Aluguel	82.000,00	17.016,79	7.540,45	6.875,18	3.698,99	22.393,49	8.434,20	3.259,06	848,32	3.632,50	8.301,03	82.000,00
	Licença de Uso - Sistema	83.000,00	10.201,75	7.622,41	9.949,91	3.739,20	22.636,90	12.829,13	3.294,49	857,54	3.671,98	8.196,69	83.000,00
	Material de Expediente	38.000,00	7.028,67	3.114,53	2.839,75	1.527,84	9.249,49	3.607,60	1.346,13	350,39	1.500,38	7.435,21	38.000,00
	Serviços de Auditoria	30.000,00	5.548,95	2.458,84	2.241,91	1.206,19	7.302,23	2.848,11	1.062,74	276,62	1.184,51	5.869,90	30.000,00
	Serviços SESMT	25.000,00	4.624,13	2.049,03	1.868,26	1.005,16	6.085,19	2.373,42	885,61	230,52	987,09	4.891,58	25.000,00
	Gestão de Dados	39.500,00	7.398,60	3.278,46	2.989,21	1.608,26	9.736,30	3.797,48	1.416,98	368,83	1.579,35	7.326,53	39.500,00
	Serviços Administrativos	78.000,00	16.646,86	7.376,52	26.725,72	3.618,58	1.906,68	8.544,32	3.188,21	829,87	3.553,53	5.609,70	78.000,00
	Serviços técnicos	155.773,76	32.096,55	12.456,11	55.331,19	2.110,38	6.734,17	12.362,69	8.383,67	2.344,79	6.000,54	17.953,68	155.773,76
	Serviços de monitoramento de Projetos	35.000,00	6.473,78	2.868,65	5.371,99	1.407,22	3.762,83	5.322,79	1.239,86	322,73	1.381,93	6.848,22	35.000,00
	serviços de apoio técnico	59.000,00	11.467,84	5.081,61	4.633,28	2.492,80	15.091,27	5.886,09	2.196,32	571,69	2.447,99	9.131,13	59.000,00
	Serviços de MKT	50.000,00	10.173,08	4.507,88	4.110,16	2.211,35	13.387,41	4.971,53	1.948,35	507,15	2.171,60	6.011,48	50.000,00
	Serviço de Motoboy	12.000,00	2.219,58	983,54	896,76	482,48	2.920,89	639,24	425,10	110,65	473,80	2.847,96	12.000,00
	Diárias e Passagens	67.000,00	13.872,38	6.147,10	5.604,77	3.015,48	18.255,56	6.620,27	2.656,84	691,56	2.961,27	7.174,75	67.000,00
	Despesas Gerais	60.448,95	12.022,73	5.327,49	4.857,47	2.613,42	15.821,49	6.170,90	2.302,60	599,35	2.566,44	8.167,07	60.448,95
	Locação de extintores	8.000,00	1.479,72	655,69	597,84	321,65	1.947,11	759,50	283,40	73,77	315,87	1.565,46	8.000,00
	Serviços de pedágio	9.000,00	1.294,76	573,73	523,11	281,44	1.703,85	414,56	247,97	64,55	276,39	3.619,64	9.000,00
	Consultoria especializada em CEBAS	75.980,91	14.797,21	6.556,91	5.978,42	3.216,51	19.472,60	7.594,95	2.833,97	737,67	3.158,69	11.633,98	75.980,91
	Locação de Veiculos	42.000,00	8.878,32	3.934,15	3.587,05	1.929,91	11.034,04	4.056,97	1.700,38	442,60	1.895,22	4.541,36	42.000,00
	TOTAL MENSAL	2.812.417,33	533.712,04	198.872,80	285.595,13	90.493,60	545.906,29	341.200,95	112.048,24	39.009,34	120.915,19	544.663,73	2.812.417,33

9.5.2. Recursos orçamentários referentes à PARTE FIXA 2 – RH e Custeio

Os recursos orçamentários referentes à PARTE FIXA 2 – RH e Custeio - correspondem ao montante necessário para garantir a execução das ações e serviços de saúde, considerando o seu pleno funcionamento. Ou seja, considerando produção física coerente com a capacidade instalada dos serviços gerenciados pela Organização da Sociedade Civil (OSC).

Nos casos em que a instituição proponente seja detentora da Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS), o valor total decorrente da imunidade tributária deverá ser deduzido das rubricas de RH, conforme regras e percentuais da isenção da qual a instituição se beneficia.

9.5.3. Recursos orçamentários em função de resultados apresentados (Parte variável)

O MUNICÍPIO solicitará à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas à produtividade e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadros de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável deverá cumprir o conjunto de requisitos definidos no termo de colaboração e Anexos.

A PARTE VARIÁVEL corresponde obrigatoriamente à 5% (cinco por cento) do valor das PARTES FIXAS 1 e 2. Distribuídos entre Variável 1 (2% das PARTES FIXAS 1 e 2), Variável 2 (1% das PARTES FIXAS 1 e 2) e Variável 3 (2% das PARTES FIXAS 1 e 2).

9.5.4. Recursos financeiros para adaptações das instalações das unidades

Os recursos previstos na rubrica de INVESTIMENTO devem ser mantidos nos mesmos valores do CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – ITEM 9.10 deste Plano de Trabalho.

O repasse será realizado de acordo com o cronograma de desembolso.

9.5.5. Condições para destinação dos recursos financeiros no cronograma de desembolso e metas físicas

A primeira parcela do Termo de Colaboração, correspondente ao custeio dos três primeiros meses conforme Cronograma de Desembolso, será creditada como 1º (primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(ou 31) de cada mês.

A aprovação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Monitoramento e Avaliação – CMA, conforme previsto na RESOLUÇÃO SMS Nº 5065 DE 15 DE SETEMBRO DE 2021.

9.6. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A execução do presente Termo de Colaboração onerará a dotação orçamentária do respectivo Plano de Trabalho da SMS-RJ objeto deste instrumento, PT _____, ND _____ no ano subsequente no PT que o suceder, respeitando os valores do Cronograma de Desembolso, este valor inclui PARTE FIXA 1 – Apoio à Gestão – PARTE FIXA 2 – RH e Custeio – e PARTE VARIÁVEL – Variáveis (1), (2) e (3).

Os limites máximos mensais em cada categoria de despesa são apontados no próprio Cronograma de Desembolso.

9.7. DESPESAS GLOSADAS

Todas as despesas que não forem eventualmente reconhecidas pelo Gestor ou Comissão Gestora da Parceria e/ou CMA como pertinentes ao Termo de Colaboração, deverão ser ressarcidas à conta específica do mesmo com demonstração por meio de extrato bancário no prazo determinado.

9.8. MANUTENÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS E CONTÁBEIS

A organização da sociedade civil deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Relatório de Prestação de Contas mensal assinado pelo responsável da organização da sociedade civil e também por meio digital.

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da organização da sociedade civil e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

As notas fiscais devem estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da organização da sociedade civil, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando emitidos com data posterior à assinatura do Termo de Colaboração e de seus respectivos termos aditivos. No momento do “atesto”, o valor unitário de cada item/insumo/ material de consumo ou permanente deve constar na nota a ser atestada. Todos os recibos e notas fiscais devem ter o atesto do diretor da unidade.

9.9. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES

As aquisições de materiais permanentes efetuadas com recursos oriundos deste Termo de Colaboração deverão ser patrimoniadas, devendo a organização da sociedade civil apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição e utilizar o código CNES na placa de cada item a ser patrimoniado no ato da compra. O levantamento de itens que consta na tabela de equipamentos do CNES de cada unidade cadastrada, deve ser atualizado a cada movimentação de patrimônio e fornecido como um dos relatórios ao Gestor(a) ou Comissão Gestora da Parceria (CGP) e Comissão de Monitoramento Avaliação (CMA).

9.10. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING														
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 1	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO														
A - APOIO À GESTÃO	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	3.905.050,92
a1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	2.637.918,12
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	659.479,53
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	607.653,27
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO														
B - RH do Hospital Maternidade ALEXANDER FLEMING	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	47.827.825,71
b1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	3.131.104,15
b1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	15.693.283,02
b1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	7.405.220,06
b1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	9.975.449,79
b1 5) Equipe de AMBULATÓRIO	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	2.785.469,52
b1 6) Equipe de APOIO	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	7.402.729,83
b1 7) Equipe VOLANTE DE IMAGEM	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	1.434.569,32
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) HMAF	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	18.120.127,32
D - TOTAL PARTE de RH + CUSTEIO HMAF	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	65.947.953,03
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS														
D - INVESTIMENTO	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00
d1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	69.853.003,95
PARTE 4 - VARIÁVEL														
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	0,00	0,00	0,00	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	2.619.487,65
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	0,00	0,00	0,00	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	1.047.795,06
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	0,00	0,00	0,00	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	523.897,53
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	0,00	0,00	0,00	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	1.047.795,06
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING														
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	3.905.050,92
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	65.947.953,03
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	0,00	0,00	0,00	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	2.619.487,65
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	5.821.083,66	5.821.083,66	6.321.083,66	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	72.972.491,59

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO															
HOSPITAL MATERNIDADE DE ALEXANDER FLEMING															
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 2	TOTAL CONTRATUAL	
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO															
A - APOIO À GESTÃO	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	3.905.050,92	7.810.101,84
a1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	2.637.918,12	5.275.836,24
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	659.479,53	1.318.959,06
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	607.653,27	1.215.306,54
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO															
B - RH do Hospital Maternidade ALEXANDER FLEMING	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	47.827.825,71	95.655.651,41
b1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	3.131.104,15	6.262.208,31
b1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	15.693.283,02	31.386.566,04
b1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	7.405.220,06	14.810.440,13
b1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	9.975.449,79	19.950.899,57
b1 5) Equipe de AMBULATÓRIO	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	2.785.469,52	5.570.939,05
b1 6) Equipe de APOIO	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	7.402.729,83	14.805.459,66
b1 7) Equipe VOLANTE DE IMAGEM	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	1.434.569,32	2.869.138,65
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) HMAF	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	18.120.127,32	36.240.254,64
D - TOTAL PARTE DE RH + CUSTEIO HMAF	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	65.947.953,03	131.895.906,05
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS															
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00	1.000.000,00
e1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00	1.000.000,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	69.853.003,95	139.706.007,89
PARTE 4 - VARIÁVEL															
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	1.397.060,08	2.444.855,14
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	698.530,04	1.222.427,57
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	1.397.060,08	2.444.855,14
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING													TOTAL ANO 1	TOTAL CONTRATO	
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	3.905.050,92	7.810.101,84
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	65.947.953,03	131.895.906,05
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00	1.000.000,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	3.492.650,20	6.112.137,85
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	73.845.654,14	146.818.145,74

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO														
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 1	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO														
A - APOIO À GESTÃO	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	1.602.111,69
a1) Apoio à Gestão da RUE- OSC	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	1.069.934,95
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	267.483,74
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	264.692,99
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO														
B - RH do Hospital Maternidade HERCULANO PINHEIRO	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	20.965.315,86
b1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	2.361.747,28
b1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	6.201.303,77
b1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	4.837.393,57
b1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	2.203.587,76
b1 5) Equipe de APOIO	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	3.926.714,14
b1 6) Equipe VOLANTE DE IMAGEM	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	1.434.569,32
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) HMHP	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	5.783.058,00
D - TOTAL PARTE de RH + CUSTEIO HMHP	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	26.748.373,86
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS														
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	28.350.485,55
PARTE 4 - VARIÁVEL														
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	0,00	0,00	0,00	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	1.063.143,21
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	0,00	0,00	0,00	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	212.628,64
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	0,00	0,00	0,00	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	425.257,28
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO														
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	1.602.111,69
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	26.748.373,86
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	0,00	0,00	0,00	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	1.063.143,21
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	29.413.628,75

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO															
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO															
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 2	TOTAL CONTRATUAL	
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO															
A - APOIO À GESTÃO	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	1.602.111,69	3.204.223,37
a1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	1.069.934,95	2.139.869,91
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	267.483,74	534.967,48
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	264.692,99	529.385,99
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO															
B - RH do Hospital Maternidade HERCULANO PINHEIRO	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	20.965.315,86	41.930.631,72
b1.1) Equipe de GESTÃO MACRO	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	2.361.747,28	4.723.494,57
b1.2) Serviço de OBSTETRÍCIA	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	6.201.303,77	12.402.607,55
b1.3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	4.837.393,57	9.674.787,15
b1.4) Serviço de NEONATOLOGIA	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	2.203.587,76	4.407.175,53
b1.5) Equipe de APOIO	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	3.926.714,14	7.853.428,28
b1.6) Equipe VOLANTE DE IMAGEM	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	1.434.569,32	2.869.138,65
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) HMHP	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	5.783.058,00	11.566.116,00
D - TOTAL PARTE de RH + CUSTEIO HMHP	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	26.748.373,86	53.496.747,72
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS															
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	28.350.485,55	56.700.971,09
PARTE 4 - VARIÁVEL															
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	1.417.524,28	2.480.667,49
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	567.009,71	992.266,99
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	283.504,86	496.133,50
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	567.009,71	992.266,99
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO															
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	1.602.111,69	3.204.223,37
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	26.748.373,86	53.496.747,72
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	1.417.524,28	2.480.667,49
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	29.768.009,82	59.181.638,58

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO HOSPITAL MATERNIDADE LEILA DINIZ

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
MATERNIDADE LEILA DINIZ														
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 1	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO														
A - APOIO À GESTÃO	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	4.191.201,18
a1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	2.828.111,65
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	707.027,91
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	656.061,62
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO														
B - RH da Maternidade LEILA DINIZ	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	51.637.624,72
b1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	3.535.894,23
b1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	20.877.921,76
b1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	7.405.220,06
b1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	12.022.251,88
b1 5) Equipe de AMBULATÓRIO	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	3.647.300,16
b1 6) Equipe de APOIO	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	4.149.036,63
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) MLD	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	19.065.166,44
D - TOTAL PARTE de RH + CUSTEIO MLD	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	70.702.791,16
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS														
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	74.893.992,34
PARTE 4 - VARIÁVEL	0,00	0,00	0,00	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	2.808.524,71
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	0,00	0,00	0,00	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	1.123.409,89
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	0,00	0,00	0,00	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	561.704,94
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	0,00	0,00	0,00	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	1.123.409,89
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - MATERNIDADE LEILA DINIZ														
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	4.191.201,18
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	70.702.791,16
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	0,00	0,00	0,00	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	2.808.524,71
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	77.702.517,05

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO																	
MATERNIDADE LEILA DINIZ																	
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 2	TOTAL CONTRATUAL			
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO																	
A - APOIO À GESTÃO	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	4.191.201,18	8.382.402,36	
a1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	2.828.111,65	5.656.223,29
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	707.027,91	1.414.055,82
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	656.061,62	1.312.123,24
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO																	
B - RH da Maternidade LEILA DINIZ	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	51.637.624,72	103.275.249,43	
b1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	3.535.894,23	7.071.788,46
b1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	20.877.921,76	41.755.843,51
b1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	7.405.220,06	14.810.440,13
b1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	12.022.251,88	24.044.503,77
b1 5) Equipe de AMBULATÓRIO	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	3.647.300,16	7.294.600,31
b1 6) Equipe de APOIO	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	4.149.036,63	8.298.073,25
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) MLD	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	19.065.166,44	38.130.332,88
D - TOTAL PARTE de RH + CUSTEIO MLD	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	70.702.791,16	141.405.582,31
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS																	
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO+ APOIO À GESTÃO)	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	74.893.992,34	149.787.984,67
PARTE 4 - VARIÁVEL																	
PARTE 4 - VARIÁVEL	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	3.744.699,62	6.553.224,33
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	1.497.879,85	2.621.289,73
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	748.939,92	1.310.644,87
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	1.497.879,85	2.621.289,73
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - MATERNIDADE LEILA DINIZ																	
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	4.191.201,18	8.382.402,36
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	70.702.791,16	141.405.582,31
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	3.744.699,62	6.553.224,33
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	78.638.691,95	156.341.209,00

RESUMO DO CRONOGRAMA HMAF/HMHP/HMLD

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING														
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL ANO 1	TOTAL DO CONTRATO
	5.821.083,66	5.821.083,66	6.321.083,66	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	72.972.491,59	
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL ANO 2	146.818.145,74
	6.112.137,85	6.112.137,85	6.612.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	73.845.654,14	
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO														
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL ANO 1	TOTAL DO CONTRATO
	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	29.413.628,75	
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL ANO 2	59.181.638,58
	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	29.768.009,82	
MATERNIDADE LEILA DINIZ														
MATERNIDADE LEILA DINIZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL ANO 1	TOTAL DO CONTRATO
	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	77.702.517,05	
MATERNIDADE LEILA DINIZ	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL ANO 2	156.341.209,00
	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	78.638.691,95	
RESUMO DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
ANO 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL ANO 1	TOTAL DO CONTRATO
	14.424.790,15	14.424.790,15	14.924.790,15	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	180.088.637,40	
ANO 2	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL ANO 2	362.340.993,32
	15.146.029,66	15.146.029,66	15.646.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	182.252.355,92	

10. QUALIFICAÇÃO

10.1 Comprovação, através da documentação legal (contrato ou carteira de trabalho), de que a Organização da Sociedade Civil possui no seu quadro, Responsável Técnico (médico), com certificado de responsabilidade técnica (CRT) registrado(s) no Conselho Regional de Medicina (CRM).

10.2 Comprovação através da documentação legal (contrato ou carteira de trabalho) que a Organização da Sociedade Civil possui em seu quadro, profissional de nível superior com graduação ou especialização, em gestão em saúde, com experiência comprovada através de atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado.

10.3 Os profissionais descritos nos subitens anteriores deverão se manter atuantes e no quadro funcional profissional da contratada durante todo o período de vigência da parceria e caso sejam excluídos por qualquer motivo a OSC se obriga a informar a Secretaria Municipal Saúde/RJ e a substituí-los e no máximo 30 (trinta) dias.

10.4 Todos os recursos humanos destinados às ações assistenciais e de apoio do presente plano de trabalho, devem estar de acordo com a legislação vigente e com as normas regentes de cada profissão ou atividade.

10.5 A primeira etapa para a contratação de Recursos Humanos inicia com o processo de recrutamento e seleção de pessoal, que deve ser norteado pelos eixos da formação técnica, profissionais devidamente registrados em seus respectivos Conselhos Profissionais e todos sem exceção com experiência comprovada para exercer a atividade ou função a que se propõem.

10.6 As gratificações de Titulação, Desempenho Variável, Responsabilidade Técnica, Tempo de Serviço, Preceptorial e outras que vierem a ser pagas no decorrer da execução da Parceria, deverão estar contidas em documento próprio que descreva a política de incentivos da instituição. Tais gratificações irão compor a remuneração bruta dos profissionais e consideradas para o cálculo do provisionamento. A OSC deverá também observar a Resolução SMS nº 6.289 de 21 de outubro de 2024 em suas contratações.

11.1. RESPONSABILIDADES NO ACOMPANHAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde - SMS-Rio, como entidade Contratante é responsável por indicar a forma, bem como por implementar as ações que se destinam ao processo

de acompanhamento estabelecendo seus critérios, os recursos tecnológicos a serem utilizados, nomeando a Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA): órgão colegiado destinado a monitorar e avaliar a execução do Termo de Colaboração celebrado com organizações da sociedade civil. É constituída por ato publicado em meio oficial de comunicação. Deverá ser também nomeado o gestor da parceria que atuará como responsável direto no processo de acompanhamento e avaliação.

11.2. COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) é um colegiado instituído pela administração pública destinado a monitorar e avaliar o desempenho da instituição parceira na consecução dos serviços de saúde, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os procedimentos de acompanhamento, avaliação e fiscalização da Comissão de Monitoramento e Avaliação estão regulamentados pela Resolução SMS nº 5.065 de 15 de setembro de 2021.

11.2.1. COMPOSIÇÃO

A Comissão de Monitoramento e Avaliação - CMA será constituída por membros titulares e suplentes, definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

A Subsecretaria vinculada à unidade do objeto do instrumento de parceria poderá indicar o número de membros que entender necessário para um adequado monitoramento e avaliação.

A S/SUBG/CTGOS deverá ser comunicada por meio do email: ctgos.ctacea@gmail.com, sobre as datas das agendas e participará como apoio técnico às Comissões com intuito de difundir as informações e resultados obtidos através dos Contratos de Gestão firmados com Organizações Sociais, Convênios e Termo de Colaboração.

11.2.2. FUNÇÕES

As Comissões de Monitoramento e Avaliação deverão monitorar, fiscalizar e avaliar os resultados atingidos com a execução do Termo de Colaboração, sob o aspecto econômico-financeiro e técnico assistencial.

11.2.3. COMPETÊNCIAS

Compete às Comissões de Monitoramento e Acompanhamento (CMA):

- a) Análise dos relatórios de desempenho elaborados pela Organização da Sociedade Civil, considerando os aspectos formais, a compatibilidade com o Programa de Trabalho pactuado e também a aderência das informações à realidade;
- b) Acompanhamento e controle econômicos e financeiros dos instrumentos de parceria, analisando a aplicação dos recursos, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde prestados à população;
- c) Análise da conformidade da prestação de contas segundo o objeto pactuado no instrumento de parceria e recomendação de ajustes e aplicação de penalidades, quando couber;
- d) Avaliação das metas e dos indicadores pactuados, registrando o funcionamento dos serviços prestados bem como a evolução das metas propostas com os resultados alcançados;
- e) Análise assistencial, através de parecer técnico, contendo o acompanhamento, a avaliação do cumprimento das metas e objetivos estabelecidos conforme anexo específico integrante do Contrato de Gestão, Termo de Colaboração e Convênio;
- f) Autorização do pagamento das parcelas contratuais, tendo como base o cronograma de desembolso, pactuado.
- g) Informações de inspeções regulares a fim de verificar a frequência, a produtividade e desempenho dos funcionários das instituições parceiras, conforme folha de controle de pagamento, assim como a verificação das instalações das unidades de saúde e postos de trabalho, estoques de insumos e outros;
- h) Estudos e análises de propostas de implantação de novos serviços, assim como a fixação e rotatividade de profissionais de saúde, quando couber.

11.2.4. PROCEDIMENTOS

- Se reunir, ordinariamente, conforme calendário da agenda de reuniões publicado em Diário Oficial, com quórum mínimo de 03 (três) membros.
- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado pela CTGOS;
- Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela SMS-Rio, pela contratada ou pelo gestor da parceria;

- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CMA e participantes presentes;
- A coordenação das reuniões da Comissão de Monitoramento e Avaliação – CMA, caberá à Coordenadoria Técnica Convênios e Contratos de Gestão (CTGOS).
- Sempre que necessário, outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares às ações de avaliação da CMA.

11.2.5. GESTOR DA PARCERIA

Para o acompanhamento regular da execução da parceria deverá ser nomeado(a) gestor(a) designado(a) por ato, publicado em meio oficial de comunicação.

11.2.5.1. FUNÇÕES

O gestor da parceria tem funções de controle e fiscalização da execução do termo de parceria. Cabe ao gestor a interação ordinária com o parceiro privado analisando preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços executados.

11.2.5.2. COMPETÊNCIAS

Compete ao **GESTOR DA PARCERIA**:

- Acompanhar o cumprimento do objeto do Termo de Colaboração firmado, de modo que a execução atenda rigorosamente às metas, especificações, prazos, projetos, valores e condições pactuados.
- Adotar providências no sentido de sanar as falhas verificadas na execução do objeto convenial, estabelecendo prazo para solução dos problemas identificados.
- Comunicar oficialmente a Subsecretaria vinculada ao objeto do Termo de Colaboração sob a sua responsabilidade as pendências não resolvidas.
- Prestar informações a Subsecretaria vinculada ao objeto do Termo de Colaboração sob a sua responsabilidade, através de relatório mensal.
- Verificar, juntamente com a Comissão de Monitoramento e Avaliação, a prestação dos serviços e compras.

- Subsidiar a Comissão de Monitoramento e Avaliação na análise, na verificação e avaliação das metas e dos indicadores pactuados, registrando o funcionamento dos serviços prestados bem como a evolução das metas propostas com os resultados alcançados;
- Propor medidas preventivas e/ou corretivas durante a execução do Termo de Colaboração, visando o bom desempenho e à qualidade dos serviços/compras previstos no escopo do Termo de Colaboração.
- Acompanhar o vencimento do Termo de Colaboração, providenciando, com antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias do término do mesmo, consulta a Subsecretaria vinculada ao objeto do Termo de Colaboração sob a sua responsabilidade, sobre as providências de prorrogação do termo, se for o caso.
- Solicitar previamente a Subsecretaria vinculada ao objeto do Termo de Colaboração sob a sua responsabilidade, com justificativas, qualquer alteração no Termo de Colaboração porventura necessária, que somente será efetivada após a celebração do respectivo Termo Aditivo.
- Sugerir medidas de otimização com relação a custos, cronogramas, qualidade dos serviços ou obras previstas no escopo do instrumento convenial.

11.3. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Os termos de colaboração serão acompanhados tendo em vista o cumprimento do plano de trabalho apresentado pela Organização da Sociedade Civil e tendo como parâmetro os critérios, orientações e metas abaixo estabelecidas.

11.4. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:

- Garantir mecanismos de informação e comunicação à população sobre:
- Os serviços ofertados;
- Os indicadores de avaliação de desempenho destes serviços, utilizando padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS-Rio;
- Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;

- Implementar sistema gerencial de informação com acesso pela internet que garanta registros:
 - Da atividade assistencial e ensino;
 - Da recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
 - Dos procedimentos administrativos;
 - Da referência e contrarreferência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
- Adotar mecanismos que possibilitam disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a Secretaria Municipal de Saúde – SMS-Rio julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do TERMO DE COLABORAÇÃO;
- Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar à Secretaria Municipal de Saúde – SMS-Rio o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade (sistema e equipamento sob responsabilidade do TERMO DE COLABORAÇÃO com a ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL).

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar de acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde da SMS-Rio, com os Planos e Protocolos Assistenciais de Atenção Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde – SMS-Rio, bem como com as Políticas de Saúde e Portarias do Ministério da Saúde e demais legislações em vigor.

11.5. BOA PRÁTICA CLÍNICA

Como referência de boas práticas clínicas serão avaliadas a observância e implementação:

- Das melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- Do consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- De processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial
- De protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela Secretaria Municipal de

Saúde – SMS-Rio.

- Da atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado;
- Da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- Da humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco;
- Acordos entre profissionais sobre a informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.
- Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que serão objeto de avaliação por parte da CMA são:

- Qualificação dos profissionais, incluindo os residentes;
- Utilização do prontuário clínico eletrônico;
- Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, gripe A, entre outros;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes;
- Registro dos agravos de notificação compulsória – SINAN;

- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Autoavaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.
- Utilização do prontuário clínico eletrônico;
- As Unidades deverão funcionar com sistema de prontuário eletrônico, regularmente atualizado e que possua mecanismos de backup e recuperação de dados, cujo acesso deve ser restrito aos profissionais devidamente autorizados, sendo vedados, durante toda a execução do Termo de Colaboração, a eliminação, descarte ou compartilhamento com terceiros, salvo para cumprimento de obrigações legais e/ou com autorização expressa da SMS.
- O banco de dados integral dos prontuários eletrônicos deve ser devolvido à Secretaria Municipal de Saúde em perfeitas condições, ao término da vigência do Termo de Colaboração, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, em razão da necessidade de ser mantido pelo prazo mínimo de 20 anos, conforme legislação vigente.
- A devolução dos dados contidos nos prontuários eletrônicos deverá ocorrer em formato digital compatível com os sistemas de informação da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo a integridade, confidencialidade e autenticidade das informações.
- Os dados deverão ser transferidos mediante meio seguro e criptografado, de acordo com as normativas vigentes de segurança da informação.
- Durante o processo de transferência e até a confirmação do recebimento dos dados pela Secretaria Municipal de Saúde, a entidade parceira deverá continuar adotando todas as medidas de segurança necessárias para proteger os dados pessoais lá contidos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n.º 13.709/2018 - LGPD), sendo responsável por qualquer incidente de segurança que venha a ocorrer em virtude de falhas na adoção de tais medidas.

- Após a confirmação do recebimento do banco de dados pela Secretaria Municipal de Saúde, a entidade parceira se obriga a excluir permanentemente todas as cópias dos dados que estejam sob sua posse, sejam físicas ou digitais, excetuando-se as hipóteses legais que exijam a manutenção de determinadas informações, devendo, neste caso, comunicar formalmente à Secretaria Municipal de Saúde sobre quais dados serão mantidos e os respectivos fundamentos legais.

11.6. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Como referência à atenção ao usuário serão avaliados:

- O grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- A boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- O incentivo a autonomia dos usuários;
- O tratamento individualizado e personalizado;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas ao devido encaminhamento dos pacientes no processo de referência e contrarreferência dentro da Rede de Atenção à Saúde.
- A percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário que deve ser disponibilizado após conclusão do atendimento, através de amostragem.
- O instrumento de pesquisa de satisfação do usuário bem como o plano de amostragem e aplicação deverá ser aprovado pela SMS.

11.7. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

A articulação entre a rede nos processos de referência e contra referência será realizada garantindo:

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais que comporta uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a instituição parceira, a Coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica, as Unidades de Urgência e Emergência, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso- PADI, Superintendência dos Institutos nas questões relativas à

assistência psiquiátrica e a Central de Regulação Secretaria Municipal de Saúde – SMS-Rio, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial;

Utilização pelos profissionais de saúde dos protocolos de referências e contra referências estabelecidas.

12. ELEMENTOS DISPONÍVEIS

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à re-16 produção, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos, hoje estimada em 73.837.876 pessoas, distribuída nas seguintes faixas etárias:

- 10 a 14 anos – 8.091.022;
- 15 a 19 anos – 8.433.904;
- 20 a 29 anos – 16.524.472;
- 30 a 39 anos – 13.934.024;
- 40 a 49 anos – 11.420.987;
- 50 anos e mais – 15.505.461.

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

13. REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, M. J. O. *Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo*. In: SEMINAR WOMEN'S AND HEALTH MAINSTREAMING THE GENDER PERSPECTIVE

- INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunísia. *Anais...* São Paulo, 1998.
2. ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. *A contracepção no Brasil 1980-1990*. Recife: SOS Corpo, 1991. Mimeo.
 3. COELHO, M. R. S. *Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
 4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009*. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html. Acesso em: 24 out. 2025.
 5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Plano de ação para o período de 2004 a 2007*. Brasília: [DAPE], 2003.
 6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
 7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção integral à saúde da mulher*. Brasília, 1998. Mimeo.
 8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Centro Nacional de Epidemiologia*. Brasília, 2001.
 9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Datasus*. Brasília, 2003.
 10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Instituto Nacional do Câncer*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 24 out. 2025.
 11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Planejamento familiar: manual para o gestor*. Brasília, 2002.
 12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Dados sobre o aumento das cirurgias eletivas no SUS e no Rio de Janeiro*. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 24 out. 2025.
 13. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. *Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 24 out. 2025.
 14. SILVA, A. C.; ALMEIDA, L. T.; DIAS, J. F. O impacto das filas de espera nas cirurgias ginecológicas no SUS: o caso das miomectomias e hysterectomias.

- Revista Brasileira de Saúde da Mulher*, v. 22, n. 2, p. 158–167, 2021.
15. LIPPI, M. C. et al. Gestão de lista de espera como abordagem para planejamento e coordenação de serviços de saúde eletivos. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 159–177, jan. 2018.
 16. SICILIANI, L.; HURST, J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*, Amsterdam, v. 72, n. 2, p. 201–215, maio 2005.
 17. LEVY, A. R. et al. Time on wait lists for coronary bypass surgery in British Columbia, Canada, 1991–2000. *BMC Health Services Research*, London, v. 5, n. 1, p. 22, mar. 2005.
 18. PACIFICO, M. D.; PEARL, R. A.; GROVER, R. The UK Government two-week rule and its impact on melanoma prognosis: an evidence-based study. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, London, v. 89, n. 6, p. 609–615, 2007.
 19. MASRI, B. A. et al. Priority criteria for hip and knee replacement: addressing health service wait times. *Report II: Inventory of Initiatives: Joint Replacement: International Approaches to Meeting the Needs*. Vancouver: Krueger & Associates, 2005.
 20. KREINDLER, S. A. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*, London, v. 95, p. 7–32, 2010.
 21. KREINDLER, S. A. Watching your wait: evidence-informed strategies for reducing health care wait times. *Quality Management in Health Care*, United States, v. 17, n. 2, p. 128–135, abr./jun. 2008.
 22. RACHLIS, M. M. *Public solutions to health care wait lists*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2005.
 23. HEALTH COUNCIL OF CANADA. *Wading through wait times: what do meaningful reductions and guarantees mean?* Ottawa: Health Council of Canada, 2007.
 24. SARMENTO-JUNIOR, K. M. de A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. de A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 71, n. 3, pt. 1, p. 256–262, maio/jun. 2005.
 25. BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 set. 2020.
 26. AGUIAR, L. O. F.; LIRA, A. C. O. Transparência no Sistema Único de Saúde: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. *Cadernos*

- Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 110–123, abr./jun. 2018.
- 27.**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. v. 29, 2010. 95 p.
- 28.**LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Revista SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27–49, 2011.
- 29.**JESUS, L. E. Disfunção miccional: doença funcional e social. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 39, n. 2, abr. 2012.
- 30.**AMARO, J. L. et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in Brazilian women. *International Braz J Urol*, v. 35, n. 5, p. 592–598, 2009.
- 31.**ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, v. 61, n. 1, p. 37–49, jan. 2003.
- 32.**ZORZAL, L.; RODRIGUES, G. M. Disclosure e transparência no setor público: uma análise da convergência dos princípios de governança. *Informação & Informação*, Londrina, v. 20, n. 3, p. 113–146, 2015.
- 33.**ANVISA. *RDC nº 7/2010 – Regulamentação sobre assistência em UTI*.
- 34.**ANVISA. *RDC nº 50/2002 – Requisitos de estrutura hospitalar*.
- 35.**MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 2.048/2002 – Organização dos serviços de urgência e emergência*.

- 36.** COFEN. *Resolução nº 543/2017 – Dimensionamento da equipe de enfermagem.*
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução nº 2.277/2020 – Normas para serviços de urgência e emergência.*

ANEXO II - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING														
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 1	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO														
A - APOIO À GESTÃO	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	3.905.050,92
a1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	2.637.918,12
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	659.479,53
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	607.653,27
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO														
B - RH do Hospital Maternidade ALEXANDER FLEMING	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	47.827.825,71
b1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	3.131.104,15
b1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	15.693.283,02
b1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	7.405.220,06
b1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	9.975.449,79
b1 5) Equipe de AMBULATÓRIO	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	2.785.469,52
b1 6) Equipe de APOIO	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	7.402.729,83
b1 7) Equipe VOLANTE DE IMAGEM	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	1.434.569,32
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) HMAF	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	18.120.127,32
D - TOTAL PARTE de RH + CUSTEIO HMAF	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	65.947.953,03
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS														
D - INVESTIMENTO	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00
d1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	69.853.003,95
PARTE 4 - VARIÁVEL														
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	0,00	0,00	0,00	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	2.619.487,65
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	0,00	0,00	0,00	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	523.897,53
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	0,00	0,00	0,00	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	1.047.795,06
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING														
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	3.905.050,92
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	65.947.953,03
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	0,00	0,00	0,00	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	2.619.487,65
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	5.821.083,66	5.821.083,66	6.321.083,66	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	72.972.491,59

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO															
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING															
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 2	TOTAL CONTRATUAL	
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO															
A - APOIO À GESTÃO	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	3.905.050,92	7.810.101,84
a 1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	219.826,51	2.637.918,12	5.275.836,24
a 2) Apoio à Gestão da UNIDADE	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	54.956,63	659.479,53	1.318.959,06
a 3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	50.637,77	607.653,27	1.215.306,54
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO															
B - RH do Hospital Maternidade ALEXANDER FLEMING	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	3.985.652,14	47.827.825,71	95.655.651,41
b 1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	260.925,35	3.131.104,15	6.262.208,31
b 1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	1.307.773,59	15.693.283,02	31.386.566,04
b 1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	7.405.220,06	14.810.440,13
b 1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	831.287,48	9.975.449,79	19.950.899,57
b 1 5) Equipe de AMBULATÓRIO	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	232.122,46	2.785.469,52	5.570.939,05
b 1 6) Equipe de APOIO	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	616.894,15	7.402.729,83	14.805.459,66
b 1 7) Equipe VOLANTE DE IMAGEM	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	1.434.569,32	2.869.138,65
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) HMAF	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	1.510.010,61	18.120.127,32	36.240.254,64
D - TOTAL PARTE DE RH + CUSTEIO HMAF	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	65.947.953,03	131.895.906,05
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS															
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00	1.000.000,00
e 1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00	1.000.000,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	5.821.083,66	69.853.003,95	139.706.007,89
PARTE 4 - VARIÁVEL															
PARTE 4 - VARIÁVEL	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	3.492.650,20	6.112.137,85
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	1.397.060,08	2.444.855,14
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	58.210,84	698.530,04	1.222.427,57
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	116.421,67	1.397.060,08	2.444.855,14
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING													TOTAL ANO 1	TOTAL CONTRATO	
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	325.420,91	3.905.050,92	7.810.101,84
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	5.495.662,75	65.947.953,03	131.895.906,05
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00	1.000.000,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	291.054,18	3.492.650,20	6.112.137,85
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	6.112.137,85	6.112.137,85	6.612.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	73.845.654,14	146.818.145,74

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO														
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 1	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO														
A - APOIO À GESTÃO	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	1.602.111,69
a1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	1.069.934,95
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	267.483,74
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	264.692,99
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO														
B - RH do Hospital Maternidade HERCULANO PINHEIRO	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	20.965.315,86
b1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	2.361.747,28
b1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	6.201.303,77
b1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	4.837.393,57
b1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	2.203.587,76
b1 5) Equipe de APOIO	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	3.926.714,14
b1 6) Equipe VOLANTE DE IMAGEM	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	1.434.569,32
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) HMHP	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	5.783.058,00
D - TOTAL PARTE de RH + CUSTEIO HMHP	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	26.748.373,86
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS														
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	28.350.485,55
PARTE 4 - VARIÁVEL														
	0,00	0,00	0,00	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	1.063.143,21
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	0,00	0,00	0,00	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	425.257,28
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	0,00	0,00	0,00	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	212.628,64
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	0,00	0,00	0,00	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	425.257,28
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO														
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	1.602.111,69
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	26.748.373,86
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	0,00	0,00	0,00	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	1.063.143,21
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	29.413.628,75

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO															
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO															
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 2	TOTAL CONTRATUAL	
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO															
A - APOIO À GESTÃO	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	1.602.111,69	3.204.223,37
a1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	89.161,25	1.069.934,95	2.139.869,91
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	22.290,31	267.483,74	534.967,48
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	22.057,75	264.692,99	529.385,99
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO															
B - RH do Hospital Maternidade HERCULANO PINHEIRO	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	1.747.109,66	20.965.315,86	41.930.631,72
b1.1) Equipe de GESTÃO MACRO	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	196.812,27	2.361.747,28	4.723.494,57
b1.2) Serviço de OBSTETRÍCIA	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	516.775,31	6.201.303,77	12.402.607,55
b1.3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	403.116,13	4.837.393,57	9.674.787,15
b1.4) Serviço de NEONATOLOGIA	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	183.632,31	2.203.587,76	4.407.175,53
b1.5) Equipe de APOIO	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	327.226,18	3.926.714,14	7.853.428,28
b1.6) Equipe VOLANTE DE IMAGEM	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	119.547,44	1.434.569,32	2.869.138,65
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) HMHP	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	481.921,50	5.783.058,00	11.566.116,00
D - TOTAL PARTE de RH + CUSTEIO HMHP	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	26.748.373,86	53.496.747,72
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS															
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	28.350.485,55	56.700.971,09
PARTE 4 - VARIÁVEL															
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	567.009,71	992.266,99
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	23.625,40	283.504,86	496.133,50
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	47.250,81	567.009,71	992.266,99
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO													TOTAL ANO 1	TOTAL CONTRATO	
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	133.509,31	1.602.111,69	3.204.223,37
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	2.229.031,16	26.748.373,86	53.496.747,72
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	118.127,02	1.417.524,28	2.480.667,49
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	29.768.009,82	59.181.638,58

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
MATERNIDADE LEILA DINIZ														
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 1	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO														
A - APOIO À GESTÃO	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	4.191.201,18
a1) Apoio à Gestão da RUE - OSC	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	2.828.111,65
a2) Apoio à Gestão da UNIDADE	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	707.027,91
a3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	656.061,62
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO														
B - RH da Maternidade LEILA DINIZ	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	51.637.624,72
b1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	3.535.894,23
b1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	20.877.921,76
b1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	7.405.220,06
b1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	12.022.251,88
b1 5) Equipe de AMBULATÓRIO	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	3.647.300,16
b1 6) Equipe de APOIO	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	4.149.036,63
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) MLD	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	19.065.166,44
D - TOTAL PARTE de RH + CUSTEIO MLD	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	70.702.791,16
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS														
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	74.893.992,34
PARTE 4 - VARIÁVEL														
	0,00	0,00	0,00	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	2.808.524,71
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	0,00	0,00	0,00	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	1.123.409,89
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	0,00	0,00	0,00	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	561.704,94
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	0,00	0,00	0,00	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	1.123.409,89
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - MATERNIDADE LEILA DINIZ														
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	4.191.201,18
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	70.702.791,16
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	0,00	0,00	0,00	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	2.808.524,71
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	77.702.517,05

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO															
MATERNIDADE LEILA DINIZ															
ITEM	M E S E S												TOTAL ANO 2	TOTAL CONTRATUAL	
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
PARTE FIXA 1 - APOIO À GESTÃO															
A - APOIO À GESTÃO	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	4.191.201,18	8.382.402,36
a 1) Apoio à Gestão da RUIE - OSC	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	235.675,97	2.828.111,65	5.656.223,29
a 2) Apoio à Gestão da UNIDADE	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	58.918,99	707.027,91	1.414.055,82
a 3) Apoio à Gestão ao Monitoramento	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	54.671,80	656.061,62	1.312.123,24
PARTE FIXA 2 - RH E CUSTEIO															
B - RH da Maternidade LEILA DINIZ	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	4.303.135,39	51.637.624,72	103.275.249,43
b 1 1) Equipe de GESTÃO MACRO	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	294.657,85	3.535.894,23	7.071.788,46
b 1 2) Serviço de OBSTETRÍCIA	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	1.739.826,81	20.877.921,76	41.755.843,51
b 1 3) Serviço de ANESTESIOLOGIA	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	617.101,67	7.405.220,06	14.810.440,13
b 1 4) Serviço de NEONATOLOGIA	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	1.001.854,32	12.022.251,88	24.044.503,77
b 1 5) Equipe de AMBULATÓRIO	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	303.941,68	3.647.300,16	7.294.600,31
b 1 6) Equipe de APOIO	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	345.753,05	4.149.036,63	8.298.073,25
C - CONTRATO E CONSUMO (CUSTEIO) MLD	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	1.588.763,87	19.065.166,44	38.130.332,88
D - TOTAL PARTE DE RH + CUSTEIO MLD	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	70.702.791,16	141.405.582,31
PARTE FIXA 3 - INVESTIMENTO - ADAPTAÇÕES E EQUIPAMENTOS															
E - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e 1) Investimento - Adaptações e Equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELA FIXA (RH + CUSTEIO + APOIO À GESTÃO)	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	74.893.992,34	149.787.984,67
PARTE 4 - VARIÁVEL															
Parte Variável 01 - Incentivo Institucional à Gestão	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	1.497.879,85	2.621.289,73
Parte Variável 02 - Incentivo Institucional à Unidade	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	62.411,66	748.939,92	1.310.644,87
Parte Variável 03 - Incentivo à Equipe	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	124.823,32	1.497.879,85	2.621.289,73
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - MATERNIDADE LEILA DINIZ													TOTAL ANO 1	TOTAL CONTRATO	
PARTE 1 - APOIO À GESTÃO	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	349.266,76	4.191.201,18	8.382.402,36
PARTE 2 - RH E CUSTEIO	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	5.891.899,26	70.702.791,16	141.405.582,31
PARTE 3 - INVESTIMENTO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARTE 4 - VARIÁVEL	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	312.058,30	3.744.699,62	6.553.224,33
TOTAL DO TERMO DE PARCERIA	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	78.638.691,95	156.341.209,00

RESUMO DO CRONOGRAMA HMAF/HMHP/HMLD

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING														
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL ANO 1	TOTAL DO CONTRATO
	5.821.083,66	5.821.083,66	6.321.083,66	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	72.972.491,59	
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL ANO 2	146.818.145,74
	6.112.137,85	6.112.137,85	6.612.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	6.112.137,85	73.845.654,14	
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO														
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL ANO 1	TOTAL DO CONTRATO
	2.362.540,46	2.362.540,46	2.362.540,46	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	29.413.628,75	
HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL ANO 2	59.181.638,58
	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	2.480.667,49	29.768.009,82	
MATERNIDADE LEILA DINIZ														
MATERNIDADE LEILA DINIZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL ANO 1	TOTAL DO CONTRATO
	6.241.166,03	6.241.166,03	6.241.166,03	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	77.702.517,05	
MATERNIDADE LEILA DINIZ	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL ANO 2	156.341.209,00
	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	6.553.224,33	78.638.691,95	
RESUMO DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO														
ANO 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL ANO 1	TOTAL DO CONTRATO
	14.424.790,15	14.424.790,15	14.924.790,15	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	180.088.637,40	
ANO 2	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	TOTAL ANO 2	362.340.993,32
	15.146.029,66	15.146.029,66	15.646.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	15.146.029,66	182.252.355,92	

ANEXO A

As partes que a esta subscrevem declaram conhecer a Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, *que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira*, e se comprometem a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente na relação com a Administração Municipal.

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2026.

RODRIGO DE SOUSA
PRADO:0815608373
3

Assinado de forma digital
por RODRIGO DE SOUSA
PRADO:08156083733
Dados: 2026.04.08 16:18:18
-03'00'

RODRIGO DE SOUSA PRADO
Secretário Municipal de Saúde

Assinado de forma digital por CARLOS
ALBERTO BOHRER DE ANDRADE
FIGUEIRA:24514870625

'Dados: 2026.04.08 12:23:54 -03'00
Versão do Adobe Acrobat: 2020.006.20042

CARLOS ALBERTO
BOHRER DE ANDRADE
FIGUEIRA:24514870625

CARLOS ALBERTO BOHRER DE ANDRADE FIGUEIRA
Diretor-Geral
OSC IGEDES

ANEXO B

DECLARAÇÃO DE COMPROMETIMENTO

Na execução do presente Termo de Colaboração, a Organização da Sociedade Civil (OSC)
_____ se compromete:

- 1)** A tratar os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis com finalidade específica de tutela da saúde, notadamente o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços prestados no âmbito do estabelecimento de saúde onde o objeto será executado, englobando as atividades assistenciais previstas no plano de trabalho, assim como as ações necessárias para sua execução como:

I - Cadastro de pacientes e visitantes da Unidade;

II - Inclusão, visualização e monitoramento dos dados de saúde em sistemas e formulários específicos;

III - Realização de exames;

IV - Marcação de consultas ambulatoriais;

V - Notificações compulsórias;

VI - Monitoramento por câmeras de segurança;

VII - Inserção de pacientes nos sistemas de regulação;

VIII - Expedição de documentos médicos por solicitação do paciente e/ou seus representantes legais e para atendimento a órgãos externos, mediante protocolos de segurança da informação;

IX - Na execução do presente instrumento, apenas os colaboradores autorizados pelas partes terão acesso aos dados pessoais tratados.

- 2)** A compartilhar os dados com a Controladora e com terceiros cujo compartilhamento estiver previsto por lei. A compartilhar dados nas demais situações somente quando a motivação esteja relacionada ao objeto do contrato, ou mediante autorização expressa da Secretaria Municipal de Saúde.

3) A comunicar à SMS, em até 24 (vinte e quatro) horas, a ocorrência de qualquer incidente de segurança, acessos não autorizados, situações acidentais ou ilícitas dos dados pessoais que possam vir causar risco ou dano relevante aos Titulares de Dados Pessoais, conforme preceitua artigo 15, V, do Decreto Rio nº 54.984 de 21 de agosto de 2024, bem como prestar informações relevantes à SMS quando esta tiver a obrigação legal de comunicação à ANPD ou Titular, nos moldes do artigo 48, § 1º, LGPD.

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2026.

Assinado de forma digital por CARLOS ALBERTO
BOHRER DE ANDRADE FIGUEIRA:24514870625
'Dados: 2026.04.08 12:23:39 -03'00
Versão do Adobe Acrobat: 2020.006.20042

CARLOS ALBERTO BOHRER
DE ANDRADE
FIGUEIRA:24514870625

CARLOS ALBERTO BOHRER DE ANDRADE FIGUEIRA
Diretor-Geral
OSC IGEDES

ANEXO C**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA**

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E ADMINISTRATIVA **IGEDES INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº **05.696.218/0001-46**, por intermédio de seu representante legal o Sr. Carlos Alberto Bohrer de Andrade Figueira, inscrito no CPF sob o nº 245.148.706-25, portador da cédula de identidade nº 29.356.866-3, expedida por IFP/RJ, DECLARA, para fins do disposto no item do Edital de chamamento Público nº 006/2025 e sob as penas da lei, se comprometer a atuar de forma ética, íntegra, legal e transparente, e está ciente de que nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta, indireta ou por meio de subcontratados ou terceiros, quanto ao objeto desta contratação, ou de outra forma a ele não relacionada, nos termos da Lei 12.846/2013.

DECLARA ainda estar ciente de que a responsabilidade da pessoa jurídica subsiste nas hipóteses de alteração contratual, transformação, incorporação, fusão ou cisão societária, abrangendo as sociedades controladoras, controladas, coligadas ou consorciadas para o contrato, ressalvados os atos lesivos ocorridos antes da data da fusão ou incorporação, quando a responsabilidade da sucessora será restrita à obrigação de pagamento de multa e reparação integral do dano causado, até o limite do patrimônio transferido.

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2026.

Assinado de forma digital por CARLOS
ALBERTO BOHRER DE ANDRADE
FIGUEIRA:24514870625
'Dados: 2026.04.08 12:22:55 -03'00
Versão do Adobe Acrobat: 2020.006.20042

CARLOS ALBERTO
BOHRER DE ANDRADE
FIGUEIRA:24514870625

Carlos Alberto Bohrer de Andrade Figueira
Diretor Geral
OSC IGEDES

SECRETARIA MUNICIPAL DESENVOLVIMENTO ECONOMICO - SMDE
COMPANHIA CARIOCA DE PARCERIAS INVESTIMENTOS - CCPAR
EXTRATO CONTRATUAL
EXPEDIENTE DO DIA 09/04/2026.

Processo: CCP-PRO-2023/00162

Contrato: 009/2024

Aditivo: 002/2026

1. **Objeto:** Prorrogação do contrato de Prestação de Serviços de Outsourcing de impressão no modelo franquia de páginas mais excedente, sem fornecimento de papel, incluindo tonner, equipamentos, instalação, suporte técnico, manutenção onsite com fornecimento de insumos, consumíveis e software de bilhetagem, nas dependências da sede da CCPAR, na Rua Sacadura Cabral nº 133 Saúde - RJ, devidamente descritos, caracterizados e especificados neste Edital e/ou no Termo de Referência, na forma da lei.

2. **Partes:** COMPANHIA CARIOCA DE PARCERIAS E INVESTIMENTOS CCPAR e W P SISTEMAS REPROGRAFICOS E IMPRESSAO LTDA.

3. **Razão:** Prorrogação do contrato pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses sem reajuste do valor contratado.

4. **Fundamento:** Art. 71, caput da Lei nº 13.303/2016 c/c art. 82, III do Decreto Rio nº 44.698/2018.

5. **Valor do presente aditivo:** R\$ 108.360,00 (cento e oito mil, trezentos e sessenta reais).

6. **Valor total do Contrato:** R\$ 216.720,00 (duzentos e dezesseis mil, setecentos e vinte reais).

7. **Data da celebração:** 06/03/2026.

8. **Prazo:** 24 (vinte e quatro) meses.

SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL
RETIFICAÇÃO

Processo Instrutivo: MTR-PRO-2025/03290

D.O. Rio nº 29 de 29/04/2025, Pág. 120, 1ª Coluna

Fundamento: Onde se lê: "Lei Federal nº 14.133/2021"

Leia-se: "Pregão Eletrônico PE-SMTR nº 90090/2025 - Lei Federal nº 14.133/2021"

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

Processo Instrutivo: 000900.029829/2026-98

Termo de Colaboração nº 036/2026

Assinatura: 06/04/2026

Partes: Secretaria Municipal de Saúde e o INSTITUTO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO - IGEDES.
Objeto: GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, por meio de parceria, que assegure assistência universal e gratuita à população obstétrica no ciclo gravídico puerperal e neonatal, única e exclusivamente para o Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING e HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO, localizados na AP 3.3, e da MATERNIDADE LEILA DINIZ, localizada na AP 4.0, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho (Anexo I) e do Cronograma de Desembolso (Anexo II).

Prazo: 10/04/2026 a 09/04/2028

Valor Total: R\$ 362.340.993,32

Programa de Trabalho: 1877.10.302.9813.0054, 1878.10.302.9813.0054, 1874.10.302.9813.0054.

Natureza da Despesa: 33.50.85

Fundamento: Lei Federal nº 13.019/2014, e suas alterações, no Decreto Municipal nº 42.696/2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

Processo Instrutivo nº: SMS-PRO-2024/08239.

5º Termo Aditivo nº: 037/26 ao Contrato nº: 032/2021.

Data da Assinatura: 07.04.2026.

Partes: PCRJ/SMS e a CASA DE SAÚDE GRAJAÚ LTDA.

Objeto: a) O repasse de valores do piso salarial do respectivo Contrato, celebrado com o prestador de serviços de saúde de forma complementar ao SUS, em razão da obrigatoriedade do pagamento da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do novo piso salarial da categoria profissional de enfermagem. b) A inclusão do Cronograma de Desembolso de Assistência Financeira ao Termo de Contrato. c) O acréscimo do Parágrafo único na Cláusula Terceira do Contrato.

Prazo: O prazo de vigência do presente Termo Aditivo terá início na data de sua assinatura e se encerrará em 31.12.2026.

Valor total estimado: R\$ 147.179,08.

Programa de Trabalho: 20.1803.10.302.0564.5709.

Natureza da Despesa: 339039.

Nota de Empenho nº: 2026NE000084.

Fundamento: Lei Federal nº. 8.080/1990, Lei Federal nº. 8.666/1993, Lei Federal nº. 14.434/2022, Emendas Constitucionais nº. 124/2022 e nº. 127/2022, Portarias de Consolidação GM/MS nº. 06/2017, o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade 7222 pelo Supremo Tribunal Federal, bem como o decidido no Processo nº. SMS-PRO-2024/08239.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

Processo Instrutivo nº: SMS-PRO-2024/08584.

5º Termo Aditivo nº: 038/2026 ao Contrato nº: 040/2021.

Data da Assinatura: 07.04.2026.

Partes: PCRJ/SMS e o INSTITUTO SEGUMED - FILIAL STA. CRUZ.

Objeto: a) O repasse de valores do piso salarial do respectivo Contrato, celebrado com o prestador de serviços de saúde de forma complementar ao SUS, em razão da obrigatoriedade do pagamento da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do novo piso salarial da categoria profissional de enfermagem. b) A inclusão do Cronograma de Desembolso de Assistência Financeira ao Termo de Contrato. c) O acréscimo do Parágrafo único na Cláusula Terceira do Contrato.

Prazo: O prazo de vigência do presente Termo Aditivo terá início na data de sua assinatura e se encerrará em 31.12.2026.

Valor total estimado: R\$ 157.978,81.

Programa de Trabalho: 20.1803.10.302.0564.5709.

Natureza da Despesa: 339039.

Nota de Empenho nº: 2026NE000091.

Fundamento: Lei Federal nº. 8.080/1990, Lei Federal nº. 8.666/1993, Lei Federal nº. 14.434/2022, Emendas Constitucionais nº. 124/2022 e nº. 127/2022, Portarias de Consolidação GM/MS nº. 06/2017, o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade 7222 pelo Supremo Tribunal Federal, bem como o decidido no Processo nº. SMS-PRO-2024/08584.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

Processo Instrutivo nº: SMS-PRO-2024/08599.

6º Termo Aditivo nº: 039/2026 ao Contrato nº: 043/2021.

Data da Assinatura: 07.04.2026.

Partes: PCRJ/SMS e a RENALCOR SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

Objeto: a) O repasse de valores do piso salarial do respectivo Contrato, celebrado com o prestador de serviços de saúde de forma complementar ao SUS, em razão da obrigatoriedade do pagamento da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do novo piso salarial da categoria profissional de enfermagem. b) A inclusão do Cronograma de Desembolso de Assistência Financeira ao Termo de Contrato. c) O acréscimo do Parágrafo único na Cláusula Terceira do Contrato.

Prazo: O prazo de vigência do presente Termo Aditivo terá início na data de sua assinatura e se encerrará em 31.12.2026.

Valor total estimado: R\$ 268.359,55.

Programa de Trabalho: 20.1803.10.302.0564.5709.

Natureza da Despesa: 339039.

Nota de Empenho nº: 2026NE000096.

Fundamento: Lei Federal nº. 8.080/1990, Lei Federal nº. 8.666/1993, Lei Federal nº. 14.434/2022, Emendas Constitucionais nº. 124/2022 e nº. 127/2022, Portarias de Consolidação GM/MS nº. 06/2017, o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade 7222 pelo Supremo Tribunal Federal, bem como o decidido no Processo nº. SMS-PRO-2024/08599.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

Processo Instrutivo nº: SMS-PRO-2024/08511.

5º Termo Aditivo nº: 040/2026 ao Contrato nº: 038/2021.

Data da Assinatura: 07.04.2026.

Partes: PCRJ/SMS e o INSTITUTO SEGUMED - FILIAL OLARIA.

Objeto: a) O repasse de valores do piso salarial do respectivo Contrato, celebrado com o prestador de serviços de saúde de forma complementar ao SUS, em razão da obrigatoriedade do pagamento da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do novo piso salarial da categoria profissional de enfermagem. b) A inclusão do Cronograma de Desembolso de Assistência Financeira ao Termo de Contrato. c) O acréscimo do Parágrafo único na Cláusula Terceira do Contrato.

Prazo: O prazo de vigência do presente Termo Aditivo terá início na data de sua assinatura e se encerrará em 31.12.2026.

Valor total estimado: R\$ 310.280,42.

Programa de Trabalho: 20.1803.10.302.0564.5709.

Natureza da Despesa: 339039.

Nota de Empenho nº: 2026NE000089.

Fundamento: Lei Federal nº. 8.080/1990, Lei Federal nº. 8.666/1993, Lei Federal nº. 14.434/2022, Emendas Constitucionais nº. 124/2022 e nº. 127/2022, Portarias de Consolidação GM/MS nº. 06/2017, o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade 7222 pelo Supremo Tribunal Federal, bem como o decidido no Processo nº. SMS-PRO-2024/08511.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

Processo Instrutivo nº: SMS-PRO-2024/08595.

5º Termo Aditivo nº: 041/2026 ao Contrato nº: 046/2021.

Data da Assinatura: 07.04.2026.

Partes: PCRJ/SMS e o INSTITUTO SEGUMED - FILIAL CAMPO GRANDE.

Objeto: a) O repasse de valores do piso salarial do respectivo Contrato, celebrado com o prestador de serviços de saúde de forma complementar ao SUS, em razão da obrigatoriedade do pagamento da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do novo piso salarial da categoria profissional de enfermagem. b) A inclusão do Cronograma de Desembolso de Assistência Financeira ao Termo de Contrato. c) O acréscimo do Parágrafo único na Cláusula Terceira do Contrato.

Prazo: O prazo de vigência do presente Termo Aditivo terá início na data de sua assinatura e se encerrará em 31.12.2026.

Valor total estimado: R\$ 310.956,69.

Programa de Trabalho: 20.1803.10.302.0564.5709.

Natureza da Despesa: 339039.

Nota de Empenho nº: 2026NE000093.

Fundamento: Lei Federal nº. 8.080/1990, Lei Federal nº. 8.666/1993, Lei Federal nº. 14.434/2022, Emendas Constitucionais nº. 124/2022 e nº. 127/2022, Portarias de Consolidação GM/MS nº. 06/2017, o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade 7222 pelo Supremo Tribunal Federal, bem como o decidido no Processo nº. SMS-PRO-2024/08595.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

Processo Instrutivo nº: SMS-PRO-2024/08340.

4º Termo Aditivo nº: 042/2026 ao Contrato nº: 045/2021.

Data da Assinatura: 07.04.2026.

Partes: PCRJ/SMS e a UNI-RIM NEFROLOGIA LTDA.

Objeto: a) O repasse de valores do piso salarial do respectivo Contrato, celebrado com o prestador de serviços de saúde de forma complementar ao SUS, em razão da obrigatoriedade do pagamento da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do novo piso salarial da categoria profissional de enfermagem. b) A inclusão do Cronograma de Desembolso de Assistência Financeira ao Termo de Contrato. c) O acréscimo do Parágrafo único na Cláusula Terceira do Contrato.

Prazo: O prazo de vigência do presente Termo Aditivo terá início na data de sua assinatura e se encerrará em 31.12.2026.

Valor total estimado: R\$ 293.812,87.

Programa de Trabalho: 20.1803.10.302.0564.5709.

Natureza da Despesa: 339039.

Nota de Empenho nº: 2026NE000097.

Fundamento: Lei Federal nº. 8.080/1990, Lei Federal nº. 8.666/1993, Lei Federal nº. 14.434/2022, Emendas Constitucionais nº. 124/2022 e nº. 127/2022, Portarias de Consolidação GM/MS nº. 06/2017, o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade 7222 pelo Supremo Tribunal Federal, bem como o decidido no Processo nº. SMS-PRO-2024/08340.