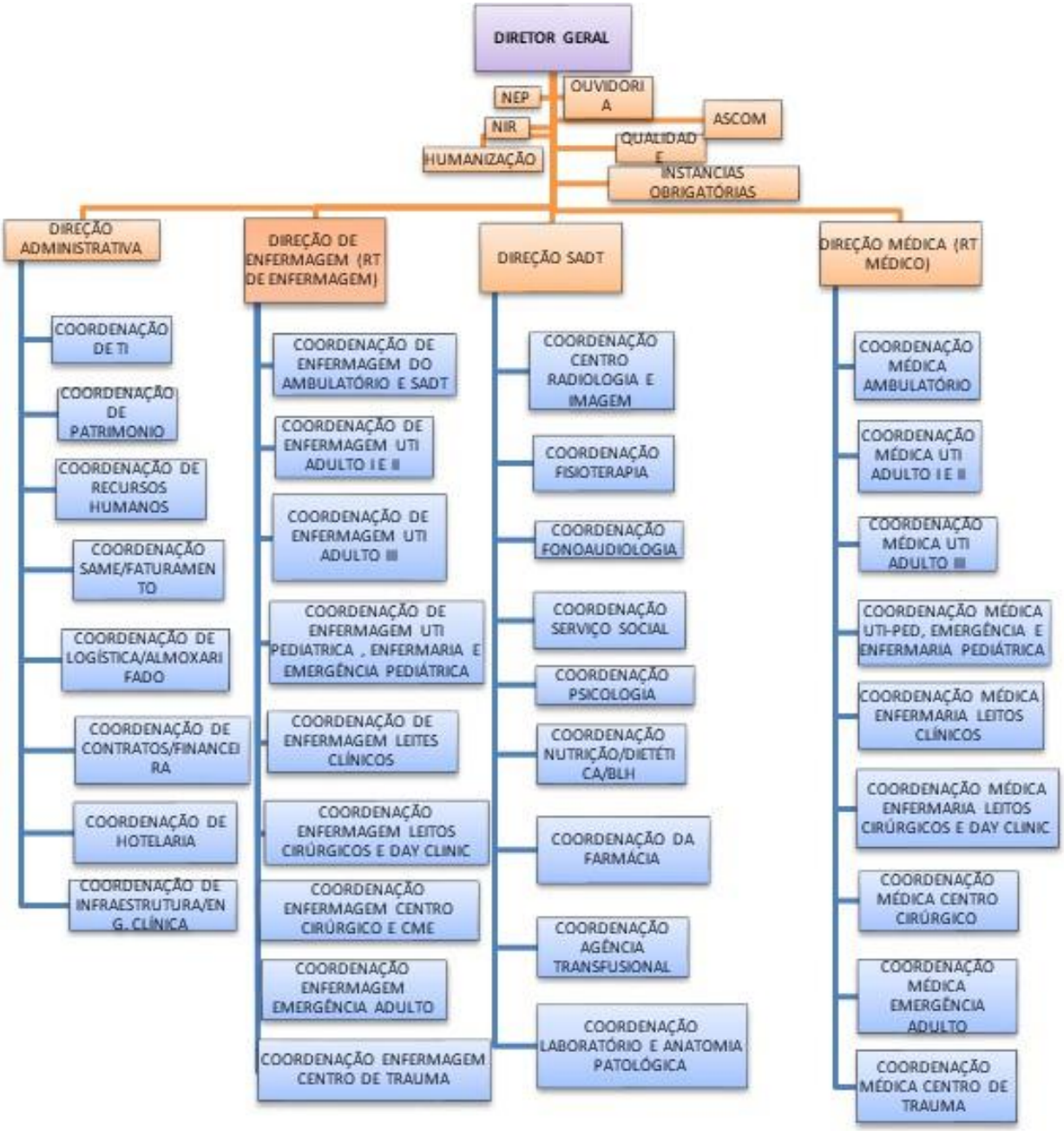
REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES – HEAT SEGUIDO DO ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES – HEAT



REGIMENTO INTERNO SEGUINDO O ORGANOGRAMA DO HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES – HEAT

DIRETORIA GERAL

DA FORMA DE NOMEAÇÃO

É indicado pelo Presidente Executivo do IBGH e validado pelo Conselho Gestor.

DAS COMPETÊNCIAS

Praticar e ser responsável pelos atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos necessários ao funcionamento do Hospital bem como assegurar a qualidade e segurança dos servidores e usuários seguindo as diretrizes planejadas e garantindo os resultados esperados da Gestão contratual.

DO APOIO INSTITUCIONAL

DA FORMA DE NOMEAÇÃO

Contratação de até 3 (três) profissionais com formação em nível superior e experiência comprovada em gestão em saúde, que passará por processo seletivo a ser monitorado e aprovado pela Secretaria de Estado de Saúde. Cabe à área técnica responsável pelo Apoio Institucional na SES/RJ definir o quantitativo de profissionais necessário para operacionalizar o Contrato de Gestão.

DAS COMPETÊNCIAS

Auxiliar e trabalhar junto a Direção do Hospital em:

I. Reformular o modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde;
II. Acolher as demandas provenientes de diversos atores envolvidos no contexto, SES/RJ e iIBGH, oferecendo diretrizes e submetendo tanto as demandas quanto às ofertas a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo projetos de mudança do modo mais interativo possível para a melhoria dos serviços do objeto do contrato;
III. Construir relações e ações que valorizem o princípio da autonomia dos sujeitos e dos coletivos sobre suas próprias realidades e problemas através de um modo de agir mais dialogado por parte da organização que entendam projetos de mudança e por parte da SES/RJ;
IV. Elaborar relatórios de análise de dados e realizar avaliação técnica dos indicadores de saúde com periodicidade bimestral;
V. Implantar ações vinculadas do PES (Plano Estadual de Saúde) e PAS (Programação Anual de Saúde) da Secretaria Estadual de Saúde (SES);
VI. Analisar/Acompanhar mensalmente, os dados das unidades de saúde, processos de trabalho, fluxo e indicadores destinados ao desenvolvimento institucional;
VII. Realizar Plano de Ação Anual, através do princípio da cogestão, acolhendo as demandas provenientes de diversos atores envolvidos no contexto e oferecendo diretrizes que visem construir projetos de mudança do modo mais interativo possível para a melhoria dos serviços;

VIII. Apoiar na elaboração de manuais, organização, políticas, padronização e procedimentos necessários à implementação das políticas públicas com ênfase na PNH (Projeto Nacional de Humanização);

IX. Implantar espaços técnicos de saúde que garantam participação dos atores envolvidos na produção de saúde (Gestor, Colaborador e usuário) conforme a PNH (Projeto Nacional de Humanização);

X. Garantir interlocução do seu trabalho com as áreas técnicas da SES através de relatórios e reuniões periódicas;

XI. Elaboração de relatório técnico mensal, mostrando suas atividades institucionais desenvolvidas conforme orientação da ATH (Assessoria Técnica de Humanização);

XII. Acompanhar procedimentos em andamento, visando sempre manter a qualidade, agilidade e assertividade dos processos de trabalho;

XIII. Acompanhar o cumprimento dos Termos de Referência contratual da unidade no caráter de desenvolvedor e não fiscalizatório;

XIV. Acompanhar ativamente as ações desenvolvidas pelas unidades no âmbito da assistência humanizada e digna ao usuário e seus familiares;

XV. Desenvolver capacitações no âmbito da PNH (Projeto Nacional de Humanização) na unidade vinculada;

XVI. Acompanhar ativamente as ações desenvolvidas pelas unidades visando o bem-estar da força de trabalho;

XVII. Desenvolver e implantar programas de capacitação de protocolos da assessoria e de ações que visem à melhoria dos processos de trabalho;

XVIII. Fomentar/Fortalecer as discussões de rede no território das unidades estaduais, através de reuniões e espaços técnicos;

XIX. Agir como interlocutor nas ações desenvolvidas nas unidades de saúde, articulando a comunicação entre a SES e as unidades, levando em consideração as particularidades de cada instituição e o fortalecimento do sujeito e coletivos no processo de construção de melhores práticas.

OUVIDORIA

DA FORMA DE NOMEAÇÃO

A escolha do Ouvidor do Hospital será também realizada pelo Conselho Gestor sob nomeação do Diretor Geral do Hospital, Presidência Executiva do IBGH e indicação da SES/RJ.

DAS COMPETÊNCIAS

I. Receber e encaminhar, quando devidamente apresentadas, as reclamações, sugestões, elogios, solicitações e denúncias que lhe forem dirigidas pelos interessados;

II. Acompanhar as providências adotadas pelos setores competentes, mantendo o interessado informado desse procedimento;

III. Propor ao Diretor Geral medidas de aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do hospital, assim como a edição, alteração e/ou revogação de atos normativos internos, com vistas à simplificação e ao aperfeiçoamento administrativo;

IV. Encaminhar relatório mensal das atividades à Diretoria Geral, para a devida análise e divulgação.

NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA – NEP

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar executar e controlar as capacitações no âmbito do hospital seguido das boas práticas, padronizações implantadas e necessidades de reciclagens de recursos humanos na área da saúde de capacitação dos processos de trabalho;

II. Fortalecer o Sistema de Saúde, oferecendo condições para aperfeiçoamento e especialização de profissionais;

III. Colaborar com a prevenção de agravos à saúde informando a população em geral, principalmente em situações epidêmicas e emergenciais;

IV. Promover:

a) A saúde por intermédio de cursos, palestras, eventos e campanhas para informação sobre temas relacionados à saúde;
b) Estratégias para atualização e aprimoramento dos profissionais da área de saúde por meio da aplicação de recursos tecnológicos e interativos.

V. Realizar intercâmbio e propagar conhecimentos;

a) Por meio de recursos de comunicação audiovisual interativa entre médicos, pacientes e pesquisadores nas áreas

assistenciais, educacionais e de pesquisa;

Entre especialistas nacionais e internacionais:

I. Promover e avaliar pesquisas e trabalhos científicos realizados na área de atuação do hospital e desenvolver mecanismos para divulgar a produção técnico-científica;

II. Promover a difusão das publicações e estabelecer contato permanente com entidades congêneres para permuta de publicações;

III. Promover e acompanhar o ensino e o treinamento:

a) De acadêmicos e de profissionais, através de estágios de alunos das áreas da saúde.

IV. Acompanhar as iniciativas e os projetos científicos realizados no Serviço de Saúde;

V. Gerenciar os espaços físicos, equipamentos e agendamentos destinados aos eventos científicos e afins;

VI. Por meio do Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos;

a) Promover as atividades de extensão científica na área da saúde;
b) Articular, conjuntamente com as demais unidades do Hospital, ações de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos;
c) Planejar, supervisionar e executar programas de treinamento e aperfeiçoamento para os servidores do hospital em caso de solicitação e necessidades de melhorias diagnosticadas.

VII. Por meio de Telemedicina e Educação à Distância:

a) Organizar a escala de:

- Distribuição das aulas, palestras, reuniões clínicas, discussão de casos e outros eventos colaborativos na área assistencial;
- Utilização dos recursos da tecnologia da informação;
- Desenvolver outras atividades características de apoio administrativo e assistencial.

ASCOM

DAS COMPETÊNCIAS

I. Buscar estratégias que consolidem os interesses de gestão hospitalar e necessidades assistenciais de saúde, pela SES/RJ, utilizando ferramentas de comunicação que atinja a comunidade hospitalar interna e usuários externos;

II. Divulgar, preservar e valorizar marca do Hospital;

III. Gerenciar estrategicamente as ações de comunicação institucional em seus processos de integração com os diversos públicos;

IV. Desempenhar um conjunto de valores que agreguem a marca, promovendo e fortalecendo a real essência do Hospital:

a) cuidar das pessoas com excelência técnica e ética;

b) consolidar e ampliar a imagem do HSC enquanto Hospital de Ensino de grande importância no cenário regional e estadual;

c) estabelecer diálogo entre a instituição e seus diversos públicos;

V. Otimizar e aproximar as relações do Hospital Santa Cruz junto a formadores de opinião, com o objetivo de transformá-lo em fonte de informação segura e permanente em suas áreas de atuação;

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO – NIR

DAS COMPETÊNCIAS

I. Realizar a interface com as Centrais de Regulação para os atendimentos referenciados e de acordo com a complexidade assistencial;
II. Delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
III. Disponibilizar serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.
IV. Elaborar Plano de Trabalho, Proposta Orçamentária e Relatório Anual;
V. Realizar a interface com as Centrais de Regulação;
VI. Delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
VII. Disponibilizar serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.
VIII. Apresentar mensalmente Indicadores de Desempenho dos serviços;
IX. Planejar, normatizar, coordenar e supervisionar as atividades pertinentes à área;
X. Determinar, na esfera administrativa, todos os atos necessários

à eficiência dos serviços.

XI. Assegurar a escuta médica permanente para as urgências;

XII. Operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que se refere às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada às necessidades do cidadão;

XIII. Realizar a coordenação, regulação e supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares de urgência, tanto clínica, como em caso de traumas e, quando se fizer necessário, executar o transporte seguro e com acompanhamento de profissionais do Sistema até o estabelecimento de saúde ambulatorial ou hospitalar;

XIV. Promover a articulação da estrutura de assistência do SAMU aos dos serviços de salvamento da Polícia Militar, da Polícia Rodoviária, da Defesa Civil e das Forças Armadas, quando se fizer necessária;

XV. Regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, internados pelo SUS, no âmbito do Sistema de Saúde;

XVI. Participar da organização de planos de socorro em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, como acidentes aéreos, ferroviários, inundações, terremotos, explosões, intoxicações, acidentes químicos ou de radiações ionizantes e demais situações de catástrofes;

XVII. Manter informação diária atualizada dos recursos disponíveis

para o atendimento às urgências;

XVIII. Manter estatísticas e Banco de Dados atualizados;

XIX. Desenvolver e estimular atividades assistenciais, de ensino e pesquisa, servindo de fonte de pesquisa e extensão a instituições de ensino;

XX. Identificar, com base no Banco de Dados da Central de Regulação, demandas internas ou inter-setoriais que envolvam outras políticas públicas, como trânsito, educação, planejamento urbano;

XXI. Participar da educação sanitária, disponibilizando cursos de Primeiros Socorros à comunidade e de Suporte Básico de Vida aos serviços e organizações que atuam em urgências;

XXII. Propor e implementar medidas de Humanização da Atenção às Urgências;

XXIII. Investir na melhoria contínua dos processos, objetivando assegurar maior eficiência institucional e o padrão ético dos serviços;

XXIV. Assegurar processo de educação continuada, visando à formação e aperfeiçoamento dos profissionais;

XXV. Cumprir e fazer cumprir os requisitos legais e regulamentares;

XXVI. Desenvolver outras atividades inerentes à área de competência.

DO SERVIÇO DE COMPLEXOS REGULADORES

DAS COMPETÊNCIAS

I. Colaborar na formulação da Política de Complexos Reguladores;

II. Elaborar Plano de Trabalho, Proposta Orçamentária, Relatório Anual;

III. Planejar, normatizar, coordenar e supervisionar as atividades pertinentes à área;

IV. Manter estatísticas e Banco de Dados atualizados;

V. Apresentar mensalmente os Indicadores de Desempenho dos serviços;

VI. Determinar, na esfera administrativa, todos os atos necessários à eficiência dos serviços;

VII. Regular o acesso ao Serviço de Saúde pactuados;

VIII. Permitir que os leitos sejam disponibilizados de forma automática para o sistema de regulação logo que o mesmo seja liberado na unidade;

IX. Que a central de regulação seja notificado de bloqueios dos leitos por diferentes motivos;

X. Parametrização de leito, devendo permitir identificar os tipos de leitos.

XI. Absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;

XII. Efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;

XIII. Estabelecer e executar critérios de classificação de risco

XIV. Executar a regulação médica do processo assistencial;

XV. Estabelecer Indicadores de Avaliação de Desempenho das ações;

XVI. Estabelecer mecanismos para identificação da procedência dos usuários;

XVII. Identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários;

XVIII. Monitorar o cumprimento efetivo dos Termos de Compromisso para Garantia de Acesso, através de relatórios trimestrais com informações mensais a serem disponibilizadas pela SES/RJ, acompanhando os fluxos de referências intermunicipais;

XIX. Planejar, coordenar e avaliar os serviços de média e alta complexidade, em conjunto com as demais áreas organizacionais da SES/RJ;

XX. Articular-se com os gestores municipais e regionais de saúde, para o estabelecimento de normas de regulação, controle e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, nos âmbitos municipal e regional, contemplando, também, a normatização do fluxo de informações necessárias à Regulação da Assistência, em casos de assistência de demanda espontânea;

XXI. Planejar, propor protocolos, supervisionar e avaliar as ações de cada área integrante da Gerência, nos diferentes níveis de atuação;

XXII. Propor e implementar medidas de Humanização da Atenção;

XXIII. Investir na melhoria contínua dos processos, objetivando assegurar maior eficiência institucional e o padrão ético dos serviços;

XXIV. Assegurar processo de educação continuada, visando à formação e aperfeiçoamento dos profissionais;

XXV. Cumprir e fazer cumprir os requisitos legais e regulamentares;

XXVI. Desenvolver outras atividades inerentes à área de competência.

QUALIDADE

Setor que será implantado no Hospital com minimamente um enfermeiro responsável pelos processos de qualidade para a garantia da Gestão Hospitalar Plena em Qualidade com o objetivo de planejamento, implantação e avaliação dos processos de trabalho administrativos, assistenciais e serviços de suporte à assistência com eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e economicidade com prestação de resultados e propostas de planejamento para o fortalecimento dos pontos fortes e foco a melhoria dos pontos fracos da Instituição do Hospital.

DAS ATRIBUIÇÕES PRINCIPAIS

I. Discutir e elaborar propostas de trabalhos relacionados à

estruturação e execução do programa de qualidade;

II. Viabilizar e tornar disponíveis meios de absorção, desenvolvimento e disseminação do programa de qualidade; assegurar a uniformidade de conceitos e métodos, coerentes com a filosofia da qualidade;

III. Assessorar e acompanhar o desenvolvimento de projetos com aplicação da metodologia da qualidade; promover sinergia dos níveis e/ou instâncias de atuação da coordenação da qualidade.

DAS ATRIBUIÇÕES CONSEQUENTES

I. Gerenciar Documentos de acordo com a Política de Sistema Documental;

II. Gerenciar Projetos;

III. Gerenciar Ocorrências;

IV. Gerenciar Riscos;

V. Gerenciar os KPI (Indicadores Chave de Performance);

VI. Implantar BSC (Balanced Scored Care);

VII. Implantar e monitorar as ações de Melhorias Contínuas.

VIII. Apoio aos setores na preparação para a Acreditação Hospitalar;

IX. Auditorias Internas com seguimento ao Manual Brasileiro de Acreditação (modelo ONA) para auto avaliação dos setores e processos de trabalho para diagnósticos institucionais, adesão das

melhorias e garantia do nível de qualidade seguido às exigências mínimas de nível pela ONA;

X. Assessoria à Diretoria Geral do Hospital quanto à disseminação da Qualidade a partir da participação do Núcleo de Qualidade nas diversas Comissões Institucionais e elaboração de Políticas Institucionais;

XI. Assessoria quanto à implantação e cumprimento das Resoluções, Legislações, Normativas e Recomendações vigentes no que se refere a qualidade, segurança e funcionamento do Hospital;

XII. Apoio aos setores na melhoria contínua e padronizações dos processos de trabalho, com consequente transformação dos processos em documentos institucionais padronizados e validados pelos gestores de acordo com o tipo e importância documental: Manuais de Normas e Rotinas, Regimento Interno, Procedimentos Operacionais Padrão – POP´s, Protocolos e Indicadores de Qualidade;

XIII. Assessoria aos setores na elaboração e monitoramento de indicadores de qualidade, produtividade e financeiro, mapeado e direcionado de acordo com o planejamento e objetivo dos resultados geral e setorial;

XIV. Direcionamento da implantação e implementação de projetos, com acompanhamento de ações para começo, meio e fim seguido da ferramenta de planos de ação;

XV. Garantia dos Ciclos de Melhorias – PDCA;

I. Envolvimento dos Gestores e profissionais multidisciplinares da

supervisão a ponta operacional estejam engajados e inseridos a excelência da gestão e assistência aos usuários, implantando o Comitê ou Núcleo de Qualidade no Serviço de Saúde.

DA COMISSÃO DE QUALIDADE

DOS OBJETIVOS

O principal objetivo da Comissão de Qualidade no Hospital será garantir que a metodologia da Qualidade definida pela alta direção seja implantada, garantida na prática e proporcione resultados esperados com sucesso.

DA CONSTITUIÇÃO

Os membros atuantes da Comissão serão gestores de processos administrativos, gestores assistenciais e servidores multidisciplinares com perfil, atuantes no do hospital, convidados pelo Núcleo da Qualidade, autorizados e validados pela Diretoria Geral do hospital.

O membro eleito e nomeado deverá apresentar o seguinte perfil:

I. Interesse em gestão da qualidade;

II. Interesse em aprender e multiplicar conhecimento;

III. Boa comunicação e relacionamento interpessoal;

IV. Paciência e otimismo;

V. Organização e liderança;

VI. Possuir disponibilidade.

DA FORMAÇÃO DE GRUPOS

A disseminação da Qualidade será desenvolvida por Grupos, e cada grupo será focado em um dos assuntos a seguir:

I. GRUPO 1 – INDICADORES

a) Desenvolvimento e atualização do Painel de Indicadores;
b) Acompanhamento da coleta de dados;
c) Discussão e elaboração de análise crítica em workshops e reuniões;
d) Formalização e implantação das ações de melhoria.

II. GRUPO 2 – PADRONIZAÇÕES DOS PROCESSOS POR GESTÃO DOCUMENTAL

a) Desenvolvimento junto ao gestor do processo as padronizações implantadas em forma de documentação institucional: Políticas, Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, com validações de acordo com a importância e seguimento de Política de Sistema Documental a ser implantada.

III. GRUPO 3 – CAPACITAÇÃO

a) Identificação das necessidades de capacitação na metodologia da qualidade, relatório ONA, diretrizes Institucionais e protocolos;

b) Organização e logística dos cursos;

c) Capacitação dos colaboradores;

d) Acompanhamento da eficácia da capacitação.

IV. GRUPO 4 - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

a) Processos;

b) Relações internas e externas;

c) Gestão da Informação;

d) Gestão de Pessoas;

e) Gestão do Risco;

f) Gestão Institucional.

V. GRUPO 5 - PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS

a) Construção dos Protocolos Clínicos Multidisciplinares de acordo com a incidência e gravidade pelo perfil do hospital (grupos para o desenvolvimento prioritário em Protocolos Clínicos de: Insuficiência Cardíaca Congestiva, Infecção Pulmonar, Infecção de Trato Urinário, Infarto Agudo do Miocárdio/Síndrome Coronariana, Trombose Venosa Periférica, entre outros);

b) Recomenda-se que cada grupo possua um líder que uniformize a metodologia utilizada pelos demais membros executores;

c) Cada líder de grupo deve planejar internamente como será a dinâmica das atividades;

d) Os grupos devem se reunir periodicamente com o coordenador da qualidade e diretoria para alinhamento dos prazos e estratégias;

e) A principal função desses multiplicadores será estimular o desenvolvimento profissional das pessoas, do processo de gestão da qualidade e o aperfeiçoamento contínuo do seu modelo de gerenciamento em direção a excelência.

DO ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento da Comissão será realizado pela Gerente da Qualidade, conforme grupos de trabalho específicos.

As reuniões do Comitê devem ter periodicidade mínima mensal.

DOS PRINCIPIOS

Para garantir a implantação deste Comitê alguns princípios devem ser respeitados:

I. Ética e profissionalismo;

II. Sigilo e discrição referente às informações fornecidas;

I. Cordialidade e respeito ao colega.

DA METODOLOGIA

O Comitê da Qualidade deve se orientar pelas ferramentas da qualidade já definidas pelo Núcleo da Qualidade, garantindo assim o sucesso do projeto.

As metodologias ainda não definidas devem ser elaboradas em consenso entre os membros do Comitê, seguindo os critérios de legislação, boas práticas e ONA (Organização Nacional de Acreditação) e órgãos acreditadores de qualidade certificados.

HUMANIZAÇÃO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Discutir e planejar ações humanizadoras, com foco nos interesses coletivos dos atores envolvidos na instituição: trabalhadores, gestores e usuários (pacientes, acompanhantes, familiares e interessados), além de repensar as proposições com relações a prioridade, acolhimento, assistência referenciada, processo de trabalho, gestão participativa, entre outros assuntos de importância, com respeito à diversidade; as quais devem refletir em melhoria da qualidade e do cuidado em saúde;

II. Discutir assuntos relativos aos seus usuários;

III. Analisar propostas referentes ao processo de trabalho;

IV. Estudar e contemplar condutas humanizadoras na instituição;

V. Avaliar as ações de humanização já implantadas no Hospital alinhado ao fluxo assistencial do Complexo;

VI. Avaliar protocolos e rotinas do Hospital e se necessário, sugerir mudanças, com vistas à humanização;

VII. Adotar critérios de acolhimento com classificação de riscos e recebimento de pacientes referenciados junto à UPA;

VIII. Eleger critérios para um atendimento com resolutividade, responsabilidade e aplicabilidade;

IX. Entender o SUS como um sistema que deve ser articulado de forma transversal,

X. Sugerir estratégias de valorização dos diferentes sujeitos do processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;

XI. Promover a participação coletiva dos diferentes sujeitos.

INSTÂNCIAS OBRIGATÓRIAS

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR – NHV

DAS COMPETÊNCIAS

I. Vigilância Epidemiológica das DNC, DANTS (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) e agravos inusitados;

II. Elaboração de normas e rotinas técnico- operacionais, visando a detecção, prevenção e controle dessas doenças e agravos;

III. Capacitação dos colaboradores, no que diz respeito a VE;

IV. Realizar notificação e investigação de: agravo inusitado à

saúde e de surtos e suspeita de problema de saúde de notificação compulsória;

V. Participar assiduamente 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);

VI. Desenvover ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de acordo com as necessidades loco-regionais.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

DAS COMPETÊNCIAS

I. Desenvolver ações de Segurança do Paciente para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

II. Desenvolver mecanismos e ferramentas para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização e qualidade de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas no que se refere às práticas de Segurança do Paciente;

III. Desenvolver ferramentas e estratégias de Gestão de Risco nas práticas de Segurança do Paciente, onde devem ser envolvidas as áreas de maior risco no serviço de saúde;

IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

VI. Consolidar resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.

NÚCLEO DE COMISSÕES TÉCNICA HOSPITALARES

As Comissões hospitalares, criadas com o objetivo de melhorar as atividades de assistência aos pacientes e os processos de trabalho interno dos Hospitais, servem como instrumento de gestão oferecendo subsídios a Diretoria Geral do Hospital.

As comissões são compostas por profissionais com a responsabilidade de analisar e produzir dados e protocolos dentro de suas especificidades e suas atribuições devem ser definidas e validadas em forma de Regimentos Internos, para assim gerenciar e garantir o funcionamento das Comissões Hospitalares obrigatórias em conformidade com as resoluções do CRM, CFM, ANVISA e Ministério da Saúde e Normativas e Portarias vigentes.

Assim, o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar – IBGH, propõe a implantação do Núcleo de Comissões, afim de ser uma ferramenta de Gestão para que de fato as Comissões atuem de forma assídua e comprometida as necessidades do Hospital, cumprimentos de normativas vigentes e metas esperadas da Gestão Hospitalar, junto ao IBGH, interesses e resultados esperados do serviço contratado pela SES/RJ.

Apresentamos assim abaixo, a proposta de Regimento Interno do Núcleo proposto e sua Política a ser seguida e implantada pela IBGH ao Hospital e, suas consequentes Comissões Técnicas Hospitalares a serem implantadas.

DO REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE COMISSÕES

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica estabelecido através do presente, o regimento interno que disciplina a constituição, atribuições e funcionamento do Núcleo de Comissões.

Art. 2º O Núcleo é um órgão de assessoria ligada diretamente a Superintendência e Diretoria Geral, possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para defender os interesses dos sujeitos assistidos na instituição, na sua integridade e dignidade e para contribuir no aprimoramento técnico, administrativo e ético das Comissões;

Art. 3º O Núcleo de Comissões terá em sua composição um coordenador e contará com o apoio do secretariado da Superintendência e Diretoria Geral caso necessite desses serviços;

Art. 4º O Núcleo de Comissões usará a estrutura física do secretariado da Superintendência para a guarda de documentos e outros;

Art. 5º As reuniões das comissões acontecerem no horário de expediente, o membro participante da Comissão deverão ser liberados e a chefia deve alocar outro funcionário para desempenhar

a função do mesmo, para que não aja atraso das atividades;

Art. 6º Quando as reuniões das Comissões ocorrerem fora do horário de expediente o membro participante, receberão as horas de participação em folgas, cujo dia deverá ser acordado com a chefia, sem prejuízo das atividades;

Art. 7º Cabe à chefia de cada setor exigir do Núcleo de Comissões a confirmação de participação do membro nas reuniões supracitada.

DAS COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA GERAL QUANTO Á NÚCLEO DE COMISSÕES

Art. 8º Revisar junto ao coordenador o regimento interno do Núcleo de Comissões;

Art. 9º Aprovar e fazer respeitar o regimento interno do Núcleo de Comissões;

Art. 10º Apoiar as ações e decisões realizadas pelo Núcleo de Comissões, desde que coerentes com a legalidade, e os princípios públicos;

Art. 11º Garantir que o artigo 6º e 7º seja cumprido.

DAS COMPETÊNCIAS DO NÚCLEO DE COMISSÕES

Art. 12º O coordenador do Núcleo de Comissões será o interlocutor da Diretoria Geral junto às Comissões, garantindo assim

o pleno funcionamento dessas e mantendo o caráter confidencial das informações processadas.

Art. 13º Compete ao coordenador:

a) Acompanhar o desenvolvimento de cada Comissão mediante relatórios contendo o cronograma de reuniões;

b) Acompanhar relação de participantes em cada reunião;

c) Acompanhar as atas de reuniões;

d) Outros quesitos e indicadores poderão ser solicitados às comissões vigentes e futuras;

e) Convocar Trimestralmente reuniões periódicas com todas as Comissões;

f) Convocar reuniões extraordinárias com uma ou mais comissões, caso for justificado;

g) Participar das Reuniões das Comissões, caso julgar necessário;

h) Manter a guarda confidencial de todos os relatórios obtidos no desempenho de suas atribuições;

i) Encaminhar trimestralmente a Superintendência e Diretoria Geral os relatórios recebidos pelas Comissões, além de encaminhar um relatório analítico sobre o desempenho de cada Comissão.

j) Exigir de todas as Comissões o cronograma de atividades e o calendário semestral de todas as reuniões.

k) Considerando as diversidades das Comissões, exigir a

elaboração do regimento interno para cada comissão, no entanto, devem ser respeitada os seguintes preceitos;

l) A cada dois anos acontecerá a renovação dos membros da Comissões e, nomes e cargos devem ser enviados para o Núcleo de Comissões que dará encaminhamentos para a confecção da nova Portaria;

m) A saída de um membro das comissões, por qualquer motivo, deve ser imediatamente comunicada ao Núcleo de Comissões, já com o nome do novo substituto para a confecção de nova portaria;

n) Qualquer um de seus membros que tiverem três faltas consecutivas ou cinco alternadas sem justificativa será automaticamente retirado da Comissão.

Art. 14º Com o objetivo de seguimento de diretrizes institucionais fará necessária a implantação da Política de Comissões.

DA POLÍTICA DE COMISSÕES TÉCNICA HOSPITALARES

DO OBJETIVO:

Como o intuito de padronizar a constituição de comissões.

O IBGH implantará a Política que irá definir, principalmente, a solicitação, objetivos e atividades de uma comissão institucional.

DA DESCRIÇÃO:

A solicitação de constituição de uma comissão institucional deverá

ser originada de uma obrigação legal ou demanda Institucional.

Para a solicitação da comissão deverá ser redigido um documento contendo título da comissão, justificativa, atividades inerentes e recursos necessários.

A solicitação será direcionada a Diretor Geral do Hospital, via memorando. O prazo para retorno é de até 30 (trinta) dias corridos.

A comissão aprovada deverá descrever seu regimento conforme a seguir:

I. A comissão será divulgada por ofício da Diretoria e sacramentada por Portaria no Diário Oficial do Estado, com início das atividades a partir da data de publicação da Portaria;

II. As reuniões ordinárias e extraordinárias deverão ser registradas e com ciência dos envolvidos;

III. As decisões da comissão devem ser feitas em consenso;

IV. A lógica das reuniões deverá obedecer conforme a seguir:

V. Revisão das pendências e resoluções anteriores;

VI. Discussão dos assuntos em pauta;

VII. Delegação de ações com prazo e responsável;

VIII. Previsão de nova reunião.

DA ESTRUTURA

Introdução: Definir e disseminar a importância da comissão e seu

impacto sobre os setores da Instituição de maneira global.

Objetivo: planejamento e objetivos da comissão em questão.

Metodologia: descrever quais metodologias, atividades serão implantadas para alcançar o objetivo proposto. Sistematizar as rotinas da comissão.

Atribuições:

I. O solicitante deverá obrigatoriamente, ser o gestor da unidade relacionada com as atividades da Comissão;

II. A Diretoria do Hospital deverá aprovar, desaprovar e recomendar a suspensão da Comissão;

III. A Diretoria Geral poderá sugerir e excluir os membros da Comissão;

IV. O presidente será responsável pelo funcionamento da Comissão, definição da pauta de reunião, acompanhamento de atividades, comunicação/informe entre membros e comunidade do Hospital;

V. O secretário da comissão será responsável pelo agendamento e logística das reuniões e redação e ciência das atas;

VI. Os membros da comissão deverão conhecer suas atribuições e cumpri-las.

COMISSÕES TÉCNICA HOSPITALARES

As Comissões hospitalares, criadas com o objetivo de melhorar as

atividades de assistência aos pacientes e os processos de trabalho interno dos Hospital, servem como instrumento de gestão oferecendo subsídios a Presidência Executiva e Diretoria Geral do Hospital.

As comissões serão compostas por profissionais com a responsabilidade de analisar e produzir dados e protocolos dentro de suas especificidades e suas atribuições devem ser definidas, e, validadas em forma de Regimentos Internos, para assim gerenciar e garantir o funcionamento das Comissões Hospitalares obrigatórias em conformidade com as resoluções do CRM, CFM, ANVISA e Ministério da Saúde e Normativas e Portarias vigentes.

O IBGH em seu diferencial em gestão qualificada, implantará no Regimento Interno proposto ao Serviço de Saúde, como Estrutura de Governança e de Apoio à Gestão, o Núcleo de Comissões.

O Serviço de Saúde possuirá minimamente as seguintes Comissões Hospitalares elegíveis e obrigatórias, segundo a Portaria Interministerial nº 2.400/2007 e, implantações futuras de Comissões pertinentes para o reforço das melhorias e certificações de qualidade setoriais.

O delineamento e direcionamento das atribuições do Núcleo de Comissões e norteio das ações e atribuições deverão ser apresentadas, discutido e validado com a Estrutura de Governança para a validação em conjunta com o IBGH, bem como a proposta de Política de Comissões Hospitalares que corrobora as diretrizes e critérios das ações que compete a cada Comissão Técnica.

Segue a relação de Comissões minimamente garantidas ao Serviço de Saúde e consequentes Regimentos Internos a serem seguidos e

validados:

I. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
II. Comissão de Vigilância Epidemiológica CVE;
III. Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente;
IV. Comissão de Gerenciamento de Riscos;
V. Comissão Ética de Enfermagem;
VI. Comissão de Ética Médica – CEM;
VII. Comissão de Farmácia e Terapêutica;
VIII. Comissão de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CCIRAS;
IX. Comissão de Resíduos;
X. Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional;
XI. Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalar;
XII. Comissão Transfusional;
XIII. Comissão de Investigação de Óbitos;
XIV. Comissão de Revisão de Prontuários;
XV. Comissão Proteção Radiológica;
XVI. Comissão de Captação de Doadores de Sangue;
XVII. Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgão – CIHDOTT;
XVIII. Comissão de Documentação Médica e Estatística.

REGIMENTO INTERNO: NR5 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

DAS CATEGORIAS E FINALIDADES

O IBGH independente do cálculo de servidores acredita da

necessidade da atuação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – CIPA, garantindo assim como diferencial o comprometimento da segurança dos servidores da Instituição em questão independente do porte do serviço.

Art. 1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 2º Devem constituir CIPA, por estabelecimento e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

Art. 3º As disposições contidas neste aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I deste Regimento, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos

específicos.

Art. 5º Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

Art. 6º O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I deste Regimento, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

Art. 8º O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

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 desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 10º O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

Art. 11º O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 12º Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 13º Empossados os membros da CIPA, a empresa deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 14º Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, 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.

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 15º A CIPA compete:

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, onde houver;

II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

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, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI. divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII. participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII. requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX. colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X. 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;

XI. participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII. requisitar ao empregador e analisar as informações sobre

questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII. requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

XIV. promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

XV. participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

XVI. Art. 16º Aos servidores compete:

XVII. participar da eleição de seus representantes;

XVIII. colaborar com a gestão da CIPA;

XIX. indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

XX. observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 17º Ao Presidente da CIPA compete:

I. convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II. coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

III. manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

IV. coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

V. delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 18º Cabe ao Vice-Presidente:

I. executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 19º Ao Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, compete:

I. cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus 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, quando houver;

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.

Art. 20º Ao Secretário da CIPA Compete:

I. acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II. preparar as correspondências; e

I. outras que lhe forem conferidas.

DO FUNCIONAMENTO.

Art. 21º A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 22º As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Art. 23º As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 24º As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho - AIT. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 25º A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

DO TREINAMENTO

Art. 26º. O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art. 27º. 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 produtivo;

II. metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

III. noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

IV. noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e medidas de prevenção;

V. noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

VI. princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

VII. organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 28º O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre aos temas ministrados.

Art. 29º 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 à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

Art. 30º Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a

realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 31º 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.

Art. 32º O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 33º O processo eleitoral observará as seguintes condições:

I. publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

II. inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

III. liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

IV. garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

V. realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

VI. realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

VII. voto secreto;

VIII. apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

IX. faculdade de eleição por meios eletrônicos;

X. guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 34º Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 35º Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 36º Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 37º Esta norma poderá ser aprimorada mediante negociação, nos termos de portaria específica.

DIMENSIONAMENTO DE CIPA

*GRUPOS	Nº de Servidores no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0a 19	20a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101a120	121a 140	141a300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a5000	5001 a10.000	Acima de 10.000 para cada Grupo de 2.500 Acrescentar
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	8	8	2
C-3a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-4	Efetivos			1	1	1	1	1	2	2	2	3	5	6	1
	Suplentes			1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	1
C-	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	4	6	9	9	11	2

	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	5	7	7	9	2
C-5a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	6	7	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-6	Efetivos		1	1	2	3	3	4	5	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	4	6	8	10	2
C-7	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1
C-7a	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	8	2
C-8	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	8	10	1
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	6	8	1
C-9	Efetivos				1	1	1	2	2	2	3	5	6	7	1
	Suplentes				1	1	1	2	2	2	3	4	4	5	1
C-10	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	4	5	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	7	8	2
C-11	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	6	9	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	7	8	10	2
C-12	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	7	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	6	6	7	8	2
C-	Efetivos		1	1	3	3	3	3	4	5	6	9	11	13	2

	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-14	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	9	11	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	9	9	2
C-14a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1
C-15	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	4	6	8	10	2
C-16	Efetivos		1	1	2	3	3	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	6	7	9	2
C-17	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-18	Efetivos				2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes				2	2	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-18a	Efetivos				3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes				3	3	3	3	3	4	5	7	9	12	2
C-19	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1
C-20	Efetivos			1	1	3	3	3	3	4	5	5	6	8	2
	Suplentes			1	1	3	3	3	3	3	4	4	5	6	1
C-	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1

	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-22	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	3	5	6	8	9	2
C-23	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	1
C-24	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	8	10	2
C-24a	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1
C-24b	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-25	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	1
C-26	Efetivos									1	2	3	4	5	1
	Suplentes									1	2	3	3	4	1
C-27	Efetivos						1	1	2	3	4	5	6	6	1
	Suplentes						1	1	2	3	3	4	5	5	1
C-28	Efetivos						1	1	2	3	4	5	6	6	1
	Suplentes						1	1	2	3	4	5	5	5	1
C-	Efetivos									1	2	3	4	5	1

	Suplentes									1	2	3	3	4	1
C-30	Efetivos		1	1	1	2	4	4	4	5	7	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	1	2	3	3	4	4	6	7	8	9	1
C-31	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-32	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-33	Efetivos						1	1	1	1	2	3	4	5	1
	Suplentes						1	1	1	1	2	3	3	4	1
C-34	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	9	2
C-35	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	1

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - CVE

OBJETIVO

Atuar e planejar ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de monitorar o comportamento, a tendência, recomendar

e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos bem como, interromper a cadeia de transmissão. As ações de vigilância epidemiológica são desenvolvidas de forma descentralizada na Unidade que compõem a rede de serviços e em regime de plantão.

Art. 1º. O NVE trabalha com 3 (três) grandes bancos de dados nacionais, continuamente alimentados: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN).

COMPETENCIAS

Art. 2º. Prestar apoio técnico às unidades notificantes da rede pública e aos serviços privados.

I. Receber, consolidar e analisar os dados provenientes das unidades notificantes;
II. Divulgar fluxos e prazos para o envio de dados pelas unidades notificantes, respeitando os fluxos e prazos estabelecidos;
III. Avaliar a regularidade, completitude, consistência e integridade dos dados, para a manutenção da qualidade da base de dados;
IV. Corrigir duplicidades, inconsistências e possíveis erros no Sinan;
V. Supervisionar as ações de notificação compulsória em nível municipal;
VI. Realizar avaliações epidemiológicas e operacionais em nível municipal;

VII. Reunir, organizar e divulgar informações epidemiológicas relativas ao Município;

VIII. Organizar capacitações direcionadas aos profissionais das unidades notificantes.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

OBJETIVO

Este documento normativo tem por objetivo regulamentar o funcionamento, as atribuições e competências da Comissão de Gestão de Risco Hospitalar das Instituições de Saúde sob gestão do IBGH, bem como as suas finalidades e organização.

FINALIDADES

Art. 1º *A Comissão de Gestão de Risco é de natureza técnico-científica permanente e tem como objetivo o desenvolvimento do Projeto Hospitais Sentinela nas Instituições de Saúde sob gestão do IBGH, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA - estará subordinada ao Orgão máximo da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH.*

Parágrafo 1º - A Comissão de Gestão de Risco atua 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, que serão repassados por todos os membros da Comissão à Gerência de Risco que, por sua vez, repassará imediatamente à ANVISA, integrando assim o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na fase de Pós - Comercialização proposta pelo Programa Hospitais Sentinela.

Parágrafo 2º - Também tem a finalidade de criar mecanismos de divulgação do trabalho, junto ao Corpo Clínico da Instituição, na busca de criação de uma nova cultura de notificação de casos de queixas técnicas e/ou de eventos adversos de produtos de Saúde, não somente aos fabricantes, mas também à Vigilância Sanitária.

Parágrafo 3º - 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.

COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

COMPOSIÇÃO

Art. 2º *A Comissão de Gestão de Risco é composta por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional e conta com os seguintes membros fixos, sob a coordenação do primeiro:*

I. Gerente da Qualidade;

II. Gerência de Enfermagem

III. Chefia da Farmácia

IV. Chefia de Informática e Instrumentação

V. Presidente da Comissão de Padronização de Materiais Médico-hospitalar;

VI. Presidente ou Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

VII. Subcomissões de avaliação de risco nas áreas específicas

Parágrafo 1º - O coordenador (gerente de risco) deverá apresentar o perfil definido pela ANVISA:

I. Profissional de Nível Superior da Área da Saúde;

II. Profissional pertencente ao quadro de pessoal da Instituição;

III. Desejável especialização em Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde Pública; ou

IV. Administração Hospitalar e experiência em comissões e áreas de apoio hospitalar;

V. Disponibilidade mínima de 20 (vinte) horas semanais para as ações demandadas pelo projeto;

VI. Experiência profissional mínima de 2 (dois) anos em serviços hospitalares de porte semelhante.

Para o desenvolvimento das atividades conforme contrato será constituída as seguintes subcomissões.

Parágrafo 2º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Tecnovigilância envolve as avaliações nas áreas de Engenharia Clínica, produtos e insumos, sendo constituído por representantes dos seguintes serviços:

I. Engenharia Clínica e/ou tecnólogo ligado a engenharia clínica e/ou manutenção;

II. Chefia do Setor de Material;

III. Departamento de Tecnologoa da Informação - TI;

IV. Patologia Clínica.

A Engenharia Clínica e o tecnólogo avaliam as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a equipamentos e artigos médico-hospitalares; a Patologia Clínica avalia e notifica as queixas relacionadas aos kits e produtos utilizados no laboratório e a Comissão de Padronização de Materiais Médico-hospitalar avalia e notifica os casos relacionados aos demais produtos.

Parágrafo 3º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Farmacovigilância/Saneantes envolve as avaliações de queixas técnicas e/ou eventos adversos relacionados a medicamentos e saneantes. Deve ser composta por:

I. Farmacêutico;

II. Químico;

III. Engenharia sanitária;

IV. Epidemiologista;

V. Seção de Limpeza.

Parágrafo 4º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Hemovigilância envolve as avaliações de queixas técnicas e ou eventos adversos relacionados a sangue, hemocomponentes,

hemoderivados e insumo. Deve ser composta por: Médico hemoterapêuta e ou hematologista e outro profissional de nível superior.

Art. 3º *Cabe ao Órgão Máximo da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH, a escolha do Gerente de Risco e, junto com este, indicar os membros fixos que comporão a Comissão de Gestão de Risco. A escolha dos membros da Subcomissão de Avaliação de Risco Hospitalar e profissionais para desenvolver atividades de Assessoria e/ou consultoria Técnica, caso necessário, caberá ao Gerente de Risco e aos membros fixos.*

Art. 4º *O mandato de cada membro será de 2 (dois) anos, sendo permitida a renovação de cada membro por mais de um mandato, se houver interesse da Instituição de Saúde sob Gestão do IBGH.*

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 5º *A Comissão de Gestão de Risco estará disponível para contato via Email: xxx@xxxx.xxxx.br, Fone/fax: (xx) xxxx-xxxx e sistema especifico a ser implantado.*

Art. 6º *A Comissão de Gestão de Risco deverá reunir-se ordinariamente duas vezes por mês e, extraordinariamente, quando convocada pelo Órgão Máximo da Instituição, pelo Gerente de Risco ou a requerimento da maioria de seus membros.*

Parágrafo 1º - Será desligado da Comissão o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) intercaladas no período de 1 (um) ano de trabalho.

Parágrafo 5º - A Comissão deliberará, com a presença da maioria simples de seus membros, devendo ser verificado o “quorum“ em cada seção antes da votação.

Parágrafo 6º - As deliberações da Comissão de Gestão de Risco terão votação nominal.

Parágrafo 7º - O Coordenador terá o direito a voto de qualidade em decisões.

Parágrafo 8º - As deliberações tomadas “ad referendum“ deverão ser encaminhadas ao plenário da Comissão, para deliberação desta, na primeira seção seguinte.

Parágrafo 9º - É facultado ao Coordenador e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Parágrafo 10º - Os expedientes sujeitos à análise da Comissão de Gestão de Risco serão encaminhados ao Órgão Máximo da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH.

Parágrafo 11º - O Coordenador ou qualquer membro poderá solicitar o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas, ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias às

soluções dos assuntos que lhes forem atribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 7º *A ordem do dia das reuniões da Comissão de Gestão de Risco será organizada com os expedientes apresentados para discussão.*

Parágrafo Único- A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e um dia para as reuniões extraordinárias.

Art. 8º *O encaminhamento dos trabalhos nas reuniões da Comissão de Gestão de Risco será:*

I. Verificação da presença do Gerente de Risco e, em caso de sua ausência, a abertura dos trabalhos será feita por membros responsáveis diretos pela Hemovigilância, Tecnovigilância, Farmacovigilância / Saneantes, Enfermagem, Comissão de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde - CCIRAS;

II. Verificação da presença e existência de “quorum”;

III. Assinatura da ata da reunião anterior;

IV. Leitura e despacho do expediente;

V. Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação (se houver);

VI. Organização da pauta da próxima reunião.

Parágrafo Único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 9º *A cada reunião os membros confirmarão sua presença em folhas próprias e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros fixos presentes e pelo gerente de risco, quando da sua aprovação.*

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

COMPETÊNCIAS

Art. 10º ***Compete à Comissão de Gestão de Risco:***

I. Obter informações de qualidade com evidências técnico científica a respeito do desempenho de produtos de saúde em uso na Instituição de Saúde sob gestão do IBGH, após a sua comercialização, nas áreas de Tecnovigilância, Hemovigilância, Farmacovigilância e Saneantes, destacando-se:

a. Falhas com produtos de saúde, estreitamente relacionados à qualidade da atenção prestada ao paciente e, que podem ser responsabilizados por agravos à saúde, sequela e até morte;

b. Reações adversas, agravos e queixas técnicas sobre produtos de saúde, incluindo insumos, materiais médico-hospitalares, sangue, hemocomponentes, medicamentos e equipamentos de uso médico, que possam resultar em perdas significativas da qualidade do serviço e prejuízo aos pacientes;

c. Estímulo à notificação espontânea por parte dos profissionais da saúde, dos dirigentes de serviços e responsáveis setoriais, quando da ocorrência de queixas técnicas e/ou reações adversas dos produtos de saúde;

d. Subsídios de informação à ANVISA para que possa embasar as revalidações de registros de produtos médico-hospitalares ou, determinar a sua retirada do mercado, caso haja evidências de agravo à saúde ou efeitos adversos relacionados ao seu uso;

e. Divulgação das ações da Comissão no meio hospitalar.

Parágrafo Único- As notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas de produtos de saúde, feitas à Gerência de Risco, terão caráter educativo e estritamente confidencial, devendo ser encaminhadas à ANVISA apenas quando for constatada falha no produto.

II. Divulgar ações preventivas e corretivas relacionadas ao risco sanitário hospitalar, através da formação de recursos humanos para atuar dentro dos programas de Tecnovigilância, Farmacovigilância, Saneantes e Hemovigilância sanitária;

Art. 11º ***Compete ao Gerente de Risco:***

I. Desenvolver e estimular ações de Vigilância Sanitária Hospitalar;

II. Auxiliar na identificação, investigação e envio à ANVISA, de notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos, artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso “in vitro” e materiais para desinfecção/esterilização em ambiente hospitalar;

III. Coordenar as ações requeridas em Tecnovigilância, Famacovigilância e/ou Hemovigilância;

IV. Repassar bimestralmente relatório com informações sobre o Projeto Hospital Sentinela ao Órgão Máximo da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH, bem como à ANVISA;

V. Promover integração com as Vigilâncias sanitária Municipal e Estadual;

VI. Solicitar os relatórios das áreas afins;

VII. Manter sigilo das informações recebidas preservando o notificador;

VIII. Articular informações entre a Instituição de Saúde sob gestão do IBGH e a ANVISA, o que resulta em ganhos significativos de qualidade para os serviços e os pacientes;

IX. Articular as ações pró-qualidade entre as áreas de apoio e de assistência;

X. Gerenciar as informações intra-hospitalar e no âmbito da rede

de Hospitais Sentinela/ANVISA

Art. 12º ***Compete aos membros da Comissão de Gestão de Risco:***

I. Desencadear ações de Vigilância Sanitária Hospitalar nas respectivas áreas de Tecnovigilância, Famacovigilância / saneantes e Hemovigilância;

II. Averiguar e investigar preliminares da notificação de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos produtos de uso hospitalar;

III. Solicitar pareceres de produtos de saúde, quando necessário, aos outros profissionais especializados nas áreas de Tecnovigilância, Farmacovigilância / Saneantes e Hemovigilância;

IV. Assessorar a Gerência de Risco na formação e atualização de recursos humanos para atuar na vigilância de materiais de uso hospitalar / laboratorial (equipamentos, medicamentos, saneantes, sangue e hemocomponentes) bem como na divulgação do Projeto Hospital Sentinela, através de palestras, oficinas de treinamentos, e outros.

V. Participar de encontros/reuniões patrocinados pela ANVISA nas áreas em Tecnovigilância, Famacovigilância/Saneantes, Hemovigilância e Enfermagem.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13º *São atribuições do Gerente de Risco:*

I. Dirigir, coordenar e supervisionar as ações de Vigilância Sanitária na Instituição sob gestão do IBGH;

II. Cumprir os termos do acordo de cooperação estabelecido entre a Instituição junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

III. Elaborar, implantar, atualizar e supervisionar as normas e rotinas para o uso e controle preventivo de produtos de saúde e equipamentos de uso hospitalar;

IV. Incentivar a criação de uma rede de parcerias, envolvendo todos os profissionais de saúde da Instituição, visando a notificação de incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue, hemocomponentes, equipamentos, reagentes para diagnóstico de uso “ in vitro” e materiais para desinfecção/esterilização em ambiente hospitalar;

V. Incentivar a criação de um Programa de Controle Preventivo de Equipamentos médico / laboratorial, visando realizar e documentar as ações de manutenção preventiva e corretiva requeridas;

VI. Auxiliar a identificação, investigação e envio à ANVISA de notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas a todos os produtos de saúde em uso intra-hospitalar;

VII. Coordenar e planejar as ações preventivas e corretivas requeridas em Tecnovigilância, Famacovigilância, Saneantes e Hemovigilância, solicitando consulta a especialistas quando necessário;

VIII. Assegurar que as ações preventivas sejam implantadas no menor tempo possível, com o apoio da direção da Instituição de Saúde sob gestão do IBGH, solicitando o auxílio da VISA Estadual, Municipal e ANVISA, quando necessário;

IX. Participar da formação e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Saneantes e Hemovigilância Sanitária Hospitalar, através de:

a. Análise periódica das notificações realizadas, a fim de propor medidas educativas;

b. Divulgação de alertas gerais e/ou específicos aos profissionais da saúde, visando a redução do risco relacionado ao uso de produtos para saúde;

c. Estímulo a notificação voluntária de reações adversas e/ou queixas técnicas associadas aos produtos de saúde de uso intra – hospitalar;

d. Realização de campanhas, seminários de formação e atualização para profissionais e técnicos do Hospital.

X. Representar a Comissão de Gestão de Risco em suas relações internas e externas;

XI. Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

XII. Promover a convocação das reuniões;

XIII. Tomar parte das discussões e eventuais votações; e

XIV. Indicar entre os membros fixos e demais membros da Comissão de Gestão de Risco , profissionais capazes de realizar

estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão.

Parágrafo Único. Cabe a Comissão de Gestão de Risco , indicar um substituto do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar em seus impedimentos.

Art. 14º *São atribuições dos membros das subcomissões da Comissão de Gestão de Risco :*

I. Relatar à Gerência de Risco, nos pontos estabelecidos, as conclusões preliminares sobre reações adversas ou queixas técnicas de produtos de saúde, notificados pelas unidades reclamantes, num prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, a contar do recebimento da notificação;

II. Embasar as notificações da Gerência de Risco Sanitário Hospitalar à ANVISA, via " on line" e em relatórios bimestrais;

III. Participar ativamente das ações educativas no SERVIÇO DE SAÚDE, em relação à formação e estruturação de recursos humanos, através de visitas às unidades, realização de palestras, seminários e treinamentos ao público interno;

IV. Colaborar na divulgação das ações da ANVISA e da Gerência de Risco, através de Boletim Informativo, cartazes, pôsteres e informações "on line";

V. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto (se houver), manifestando-se a respeito da matéria em discussão;

VI. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VII. Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

VIII. Apresentar proposição sobre questões atinentes à Comissão.

Ao membro da subcomissão da Hemovigilância compete:

I. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

II. Monitorar todo o ciclo do sangue desde a captação do doador até à transfusão, junto ao hemocentro de referência;

III. Monitorar os incidentes transfusionais imediatos e tardios;

IV. Elaborar os protocolos e normas técnicas do setor e distribuí-las aos chefes de clínicas e enfermagem;

V. Oferecer treinamento para os profissionais envolvidos em transfusão;

VI. Coordenar, processar e analisar toda a informação notificada;

VII. Avaliar a eficácia das medidas de ações corretivas propostas a médio e longo prazo;

VIII. Fazer a rastreabilidade do receptor de sangue que tenha tido um incidente transfusional, de maneira ascendente ou descendente;

IX. Distribuir a ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais a todas as Unidades da Instituição;

X. Orientar a equipe de saúde com os receptores de sangue;

XI. Solicitar a atualização anualmente dos manuais de procedimentos operacionais padrões da agência transfusional de referência;

XII. Emitir relatórios mensais sobre as atividades inerentes a sua área de atuação e encaminhar ao setor de estatística para apresentação mensal a Comissão de Gestão de Riscos e Conselho de Gestão Interno junto à Diretoria Geral;

XIII. Elaborar as especificações técnicas dos insumos e equipamentos para aquisição;

XIV. Avaliar o edital de licitação para compra dos insumos e equipamentos;

XV. Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de insumos e equipamentos, junto a comissão de padronização e de lecitiação;

XVI. Conhecer a legislação vigente sobre hemovigilância;

XVII. Notificar os eventos adversos de produtos e insumos utilizados na agência transfusional, os incidentes transfusionais imediatos e tardios após conclusão à Gerência de Risco Sanitário Hospitalar.

Ao membro da subcomissão da Tecnovigilância compete:

I. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

II. Manter e dar suporte à qualidade do sistema de informações da Gerência-Geral de Tecnologia de produtos para a Saúde;

III. Notificar eventos adversos à Gerência de Risco;

IV. Monitorar efeitos adversos de produtos e tecnologias utilizadas no hospital;

V. Analisar as notificações de incidentes em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de artigos médico-hospitalar;

VI. Notificar os efeitos de evento adverso ocorrido e o uso do produto em questão gerência de risco sanitário;

VII. Participar da formação e atualização de recursos humanos em tecnovigilância;

VIII. Elaborar as especificações técnicas dos produtos para a saúde junto com os setores solicitantes;

IX. Avaliar o edital de licitação para compra dos produtos para a saúde;

X. Emitir pareceres técnicos quando dos produtos para a saúde;

XI. Relacionar-se com rede de laboratórios para fins de tecnovigilância;

XII. Avaliar a segurança das famílias de produtos médicos de forma proativa;

XIII. Avaliar queixas sobre a segurança de produtos médicos;

XIV. Conhecer a legislação vigente sobre tecnovigilância.

Ao membro da subcomissão da Farmacovigilância compete:

I. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

II. Dar feedback para os profissionais de saúde;

III. Promover palestras, cursos e treinamento de capacitação;

IV. Monitorar os usuários dos medicamentos;

V. Buscar estratégica de investigação com Centros de Informação sobre medicamentos;

VI. Comunicar o escritório de qualidade, bem como a gerência de risco, sobre reações adversas e queixas técnicas;

VII. Elaborar as especificações técnicas dos medicamentos, insumos e equipamentos para aquisição;

VIII. Avaliar o edital de licitação para compra dos medicamentos, insumos e equipamentos;

IX. Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos;

X. Avaliar o edital de licitação para compra dos medicamentos;

XI. Enviar os relatórios on-line para ANVISA;

XII. Consultar os dados dos pacientes através do prontuário médico, da enfermagem e prescrição médica;

XIII. Conhecer a legislação vigente sobre farmacovigilância.

Ao membro da subcomissão de Saneantes compete:

I. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

II. Fazer levantamento de todos os saneantes e de como estes produtos são utilizados no hospital;

III. Promover capacitação e treinamento para os responsáveis pela compra e armazenamento dos produtos, bem como para os profissionais que os manipulam;

IV. Fazer avaliação de risco dos saneantes quanto: a toxicidade das substâncias e suas concentrações no produto, da finalidade de uso dos produtos, as condições de uso, a ocorrência de problemas, a população provavelmente exposta, a frequência de exposição e sua duração e as formas de apresentação;

V. Avaliar o edital de licitação para compra dos saneantes;

VI. Elaborar ficha técnica dos saneantes em uso;

VII. Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de saneantes;

VIII. Comunicar a gerência de qualidade, bem como a gerência de risco as ocorrências indesejáveis relacionadas ao uso dos saneantes;

IX. Fazer notificação dos efeitos nocivos à ANVISA;

X. Conhecer a legislação vigente sobre os produtos saneantes.

DAS ATIVIDADES DAS ÁREAS INTEGRANTES DA ORGANIZAÇÃO

DAS ATIVIDADES

Hemovigilância: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização.

Art. 15º ***A equipe de enfermagem compete:***

I. Comunicar o incidente transfusional imediato ao médico do paciente ou plantonista;

II. Proceder de acordo com o Procedimento Operacional Padrão – POP de reações transfusionais.

Art. 16º ***Ao médico compete:***

I. Preencher a parte da ficha de notificação e investigação de Incidentes Transfusionais, correspondente a notificação;

II. Informar o responsável hospitalar pela hemovigilância em até 24 (vinte e quatro) horas;

III. Solicitar exames complementares e proceder ao atendimento médico conforme Procedimento Operacional Padrão - POP de reações transfusionais.

Art. 17º ***A Comissão de Gestão de Risco do Hospital compete:***

I. Fazer o censo e analisar os problemas transfusionais recentes;

II. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

III. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

Art. 18º ***Aos Enfermeiros compete:***

I. Comunicar as suspeitas de reações adversas medicamentosas ao médico do paciente ou plantonista;

II. Comunicar queixas técnicas de medicamentos ao responsável pela farmacovigilância.

Art. 19º ***Ao médico responsável pela prescrição compete:***

I. Preencher a parte da ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas;

II. Informar o responsável hospitalar pela farmacovigilância em até 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 20º ***Ao responsável pela Farmacovigilância do Hospital compete:***

I. Investigar as reações adversas e queixas técnicas de acordo com a ficha de notificação;

II. Enviar a ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas ao Escritório de Qualidade e Gerente de Risco;

III. Dar ciência a equipe de saúde do Hospital e à Comissão de Gestão de Risco ;

IV. Enviar a ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas ao Escritório de Qualidade e Gerência de risco sanitário hospitalar;

V. Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados à medicamentos;

VI. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

VII. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

VIII. Saneantes: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização

Art. 21º ***Ao responsável pelos Serviços Gerais do Hospital compete:***

I. Preencher o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos saneantes;

II. Informar o responsável hospitalar pelos saneantes em até 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 22º ***Aos profissionais dos Serviços Gerais compete:***

I. Comunicar os acidentes decorrentes do uso do produto ao responsável pelos serviços gerais;

II. Comunicar queixas técnicas referentes aos produtos saneantes utilizados no hospital, ao responsável pelos serviços gerais;

III. Comunicar sintomas relacionados ao uso do produto, ao responsável pelos serviços gerais.

Art. 23º ***Ao responsável pelos Saneantes do Hospital compete:***

I. Investigar as reações adversas, acidentes e queixas técnicas, preenchendo o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos saneantes; 2. Enviar o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

II. Dar ciência a equipe de saúde do Hospital e à Comissão de Gestão de Risco;

III. Enviar o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas ao Escritório de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;

IV. Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a saneantes. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

V. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

VI. Tecnovigilância:

Art. 24º ***Aos médicos / bioquímicos / biólogos responsáveis pela utilização de produtos para Saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso in vitro) compete:***

I. Preencher o formulário de notificação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos para Saúde;

II. Informar o responsável hospitalar pela tecnovigilância em até 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 25º ***Aos profissionais que utilizam os produtos para saúde compete:***

I. Comunicar as suspeitas de eventos adversos ao responsável pela tecnovigilância;

II. Comunicar queixas técnicas de produtos para saúde utilizados no hospital ao responsável pela tecnovigilância.

Art. 26º ***Ao responsável pela Tecnovigilância do Hospital compete:***

I. Investigar os eventos adversos e queixas técnicas, preenchendo o formulário de notificação;

II. Enviar a ficha de notificação de eventos adversos à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

III. Dar ciência ao corpo clinico do Hospital e à Comissão de Gestão de Risco;

IV. Enviar a ficha de notificação de eventos adversos ao Escritório

V. Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados aos produtos para Saúde.

VI. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

VII. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

RECURSOS HUMANOS

Art. 27º *Aos diretores e supervisores compete colaborar na implantação e divulgação do Projeto do Hospital Sentinela.*

Art. 28º *Aos profissionais assistenciais e de apoio, compete notificar aos responsáveis pelas áreas afins (tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância e saneantes), ao gerente de risco sanitário hospitalar e à Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, os desvios de qualidade dos produtos, equipamentos, medicamentos, insumos, sangue e hemocomponentes, artigos, implantes, kits diagnósticos, etc.*

Art. 29º *São atribuições da Assessoria Técnica da Comissão: Prestar suporte técnico especializado interno, quando requerido pelo Gerente de Risco, nas áreas de tecnovigilância, famacovigilância, saneantes e hemovigilância Sanitária.*

Parágrafo Único: Cabe à Comissão de Gestão de Risco solicitar parecer técnico externo, por intermédio da VISA Estadual ou Municipal e da ANVISA, quando forem necessários ou quando a assessoria técnica interna solicitar.

Art. 30º ***São atribuições da Secretária da Comissão de Gestão de Risco:***

I. Assistir às reuniões;

II. Encaminhar o expediente da Comissão;

III. Preparar o expediente da Comissão;

IV. Manter um banco de dados atualizados;

V. Notificar “on line” à ANVISA os eventos, ocorrências e queixas técnicas de produtos de saúde, após averiguação das notificações pelos membros das subcomissões e posterior avaliação da Gerência;

VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII. Lavrar e assinar as atas das reuniões da Comissão;

VIII. Providenciar, por determinação do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar, a convocação das sessões extraordinárias;

IX. Distribuir aos membros da Comissão de Gestão de Risco a pauta das reuniões;

X. Colaborar na realização de eventos de divulgação do Projeto Hospital Sentinela / ANVISA incluindo cartazes, pôsteres e informações “on line”.

Acrescenta-se a este regimento os seguintes Instrumentos Complementares:

I. Organograma

II. Quadro de Gerências

III. Manuais de procedimento operacionais padrão das áreas

afins

IV. Formulários de notificações das áreas afins

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31º *Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Internam serão dirimidos pelo gerente de Risco Sanitário Hospitalar e, em grau de recursos, pela Diretoria Geral da Instituição.*

Art. 32º *O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros e submetido ao gerente de Risco Sanitário Hospitalar, bem como à Diretoria Geral do Hospital.*

Art. 33º *O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Diretoria Geral do Hospital.*

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

DA NATUREZA E FINALIDADES

A Comissão de Ética de Enfermagem - CEEn do Serviço de Saúde será composta atendendo a determinação da Decisão COREN

REGIONAL que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde, sendo então aprovada e homologada pelo órgão máximo da Instituição.

Art. 1º. A CEEn é um órgão representativo do COREN REGIONAL no que se refere às questões éticas envolvendo profissionais de Enfermagem.

Art. 2º. A atuação da CEEn limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais de Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Art. 3º. A CEEn agrega as seguintes finalidades: orientação, assessoramento, averiguação e emissão de pareceres de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 4º. A CEEn reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão.

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º. A CEEn deverá ser constituída por no mínimo, 1 (um) Enfermeiro e 1 (um) Técnico em Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:

I. Ter, no mínimo, 1 (um) ano de efetivo exercício profissional;
II. Estar em pleno gozo dos direitos profissionais;
III. Inexistir condenação em processo ético, disciplinar, civil ou penal nos últimos 5 (cinco) anos;

IV. Atender ao critério de proporcionalidade em relação ao número de profissionais de cada categoria.

Art. 6º. A CEEn será composta de 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário, seus respectivos suplentes, e demais membros efetivos - 2 (dois) Técnicos em enfermagem e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão da referida instituição.

Parágrafo único - O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado na instituição.

Art. 7º. O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEEn da respectiva instituição.

Art. 8º. O tempo de mandato da CEEn será de 2 (dois) anos, sendo admitida apenas uma reeleição pelos componentes de Enfermagem, por igual período.

Art. 9º. O afastamento dos membros integrantes da CEEn poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único - Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEEn comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN REGIONAL.

Art. 10º. É caracterizado o término de mandato, quando o membro integrante da Comissão cumpre o período de 02 (dois) anos de gestão.

Art. 11º. É caracterizado o afastamento temporário, quando o

membro integrante da Comissão afastar-se por tempo determinado, no máximo, por um período de 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Parágrafo único - A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Presidência da CEEn, por escrito, com antecedência de, no mínimo, 15 (quinze) dias da data de início do afastamento.

Art. 12º. É caracterizada a desistência, quando o membro decide por vontade própria retirar-se da Comissão.

Parágrafo único - A decisão de desistência deverá ser comunicada, por escrito, ao Presidente da CEEn, com antecedência de 30 (trinta) dias.

Art. 13º. É caracterizada a destituição, quando o afastamento definitivo do membro integrante da CEEn, dar-se-á por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º. A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

I. Ausência, não justificada, em 3 (três) reuniões consecutivas;

II. Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§ 2º. A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEEn.

Art. 14º. A substituição dos integrantes da CEEn se processará da

seguinte maneira:

I. A vacância por término de mandato atenderá os critérios estabelecidos no Art. 5º deste regimento;

II. Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

I. Por escolha dos membros da CEEn;

II. Ou indicado pelo Gestor de Enfermagem, Coordenador de Unidade, cabendo a CEEn avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para atividades inerentes ao cargo.

III. Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, e concluir o mandato do desistente ou destituído.

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 15º. Compreende as competências gerais da CEEn:

I. Promover a divulgação das finalidades e competências da CEEn na instituição e de seus respectivos membros;

II. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais leis, decretos, resoluções, decisões,

normas disciplinares e éticas do exercício profissional oriundas do COFEN e COREN REGIONAL;

III. Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem discutir e interpretar o Código de Ética, para melhor compreensão de questões éticas e disciplinares, encaminhando relatório da atividade realizada ao COREN REGIONAL;

IV. Colaborar com o COREN REGIONAL nas atividades de divulgar, educar, discutir e orientar sobre temas relativos à ética na enfermagem;

V. Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos profissionais de enfermagem e das demais determinações do COFEN e COREN REGIONAL;

VI. Assessorar a gerencia de enfermagem da instituição no que se refere às questões de ética profissional;

VII. Realizar orientações aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas, sempre que necessário; Promover orientações aos profissionais de enfermagem sobre o exercício profissional ético e as implicações advindas de atitudes contrárias ao Código de Ética;

VIII. Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem;

IX. Analisar e emitir parecer técnico sobre desenvolvimento de projetos de pesquisas que envolvam os profissionais de

enfermagem sempre que solicitado;

X. Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição, averiguando condições de trabalho e sua compatibilidade com desempenho profissional, bem como a qualidade do atendimento dispensado ao cliente e família;

XI. Comunicar formalmente ao COREN REGIONAL indícios de exercício ilegal da profissão, e/ou quaisquer indícios de infração da Lei do exercício profissional e de outros documentos afins;

XII. Comunicar formalmente ao COREN REGIONAL ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem que comprometam a qualidade da assistência prestada ao cliente e familiares;

XIII. Realizar sindicâncias para averiguar questões relacionadas a comportamento e atitudes de profissionais de enfermagem contrárias ao previsto no Código de Ética de enfermagem, instruí-la e elaborar relatório final, sem emitir juízo, encaminhando-o à Gerencia de Enfermagem para as providências administrativas, se houver, e ao COREN REGIONAL para providencias conforme norma própria;

XIV. Encaminhar anualmente ao COREN REGIONAL e a Gestão de Enfermagem, o relatório das atividades desenvolvidas no ano em curso;

XV. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN REGIONAL quando necessário;

XVI. Solicitar ao Presidente do COREN REGIONAL apoio técnico e da Superintendência Técnica da Instituição apoio de logística, para viabilizar o desempenho das funções da CEEn;

XVII. Propor e participar a Gestão de Enfermagem e Educação Continuada, ações educativas sobre ética junto à equipe de enfermagem da instituição;

XVIII. Organizar e realizar pleito eleitoral para Comissão de Ética sucessora;

XIX. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento, das normas referentes ao exercício ético-profissional, e da Decisão COREN REGIONAL nº 03 de março de 2005.

Art. 16º. Competências privativas ao Presidente da CEEn.

I. Convocar, presidir e coordenar conforme pauta elaborada pelo mesmo as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

II. Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação pela CEEn;

III. Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicâncias diante de indícios de infração ética-administrativa;

IV. Delegar para as sindicâncias instauradas, um presidente, secretário e vogal, estabelecendo suas respectivas funções;

V. Encaminhar relatório final da sindicância a Gestão de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como enviar relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN REGIONAL, para julgamento e providências cabíveis;

VI. Representar a CEEn na Instituição e no COREN REGIONAL, ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição;

VII. Encaminhar decisões da CEEn ao setor competente, de acordo com a situação;

VIII. Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o relatório anual, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 15 (quinze) de janeiro cada ano, à Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN REGIONAL;

IX. Representar o COREN REGIONAL em eventos, segundo solicitação do órgão.

X. Compreende as competências dos membros titulares da CEEn:

XI. Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;

XII. Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela

CEEn;

XIII. Participar da elaboração e execução de atividades e relatórios anuais, bem como de programações relacionadas aos aspectos éticos, promovidos pela CEEn ou por outras entidades;

XIV. Representar a CEEn quando solicitado pelo Presidente.

Parágrafo único: O membro delegado como Secretário deve secretariar as atividades da CEEn, dar encaminhamento das deliberações do Presidente, registrar as reuniões em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos. Também lhe compete representar a CEEn nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 17º. Compreende as competências dos membros suplentes da CEEn:

I. Participar das reuniões promovidas pela CEEn;

II. Substituir os respectivos membros titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente de Presidente, assumindo as competências do membro titular;

III. Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEEn.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 18º. A CEEn deverá reunir-se pelo menos a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria Comissão estabelecer um cronograma semestral de reuniões ordinárias.

Parágrafo único - a Comissão deverá estabelecer a necessidade de reuniões extraordinárias, cabendo ao Presidente à convocação ou ocorrer por autoconvocação pela maioria dos seus integrantes, ou pelo COREN REGIONAL.

Art. 19º. Toda reunião deverá acontecer com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificado até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início das mesmas.

Parágrafo único - Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Art. 20º. As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da Comissão ou, na ausência deste, por seu Suplente.

Art. 21º. 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.

Art. 22º. Em caso de impedimento do membro titular de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

§ 1º. Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente a ausência na reunião até o término desta.

§ 2º. Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, sendo substituído pelo suplente em todo o período de ausência.

§ 3º. Os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três ao ano.

Art. 23º. Qualquer membro que deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, será destituído da Comissão, devendo ser substituído conforme determina o Art. 14º.

Art. 24º. As decisões/deliberações da CEEn serão tomadas por maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o voto de desempate e necessário.

§ 4º. Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§ 5º. Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

§ 6º. É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

Art. 25º. Os atos da CEEn relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser estritamente sigilosos.

Art. 26º. A sindicância deverá ser instaurada mediante:

I. Denuncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II. Denuncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III. Deliberação da própria CEEn;

IV. Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 27º. Para execução da sindicância o Presidente da CEEn nomeará e convocará 3 (três) membros: 1 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem para função de Secretário e 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem para função de Vogal.

Art. 28º. A comissão de sindicância constituída terá como atribuições: convocar ou convidar as pessoas envolvidas na denúncia, tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por mais 15 (quinze) dias sob justificativa apresentada ao Presidente da CEEn.

Art. 29º. Aberta a sindicância para esclarecimentos a Comissão de Sindicância, deverá:

a) Comunicar o fato aos principais envolvidos;

b) Proceder a convocação, quando tratar-se de profissional de enfermagem, ou convite através de memorando para outras pessoas envolvidas, com antecedência de no máximo 5 (cinco) dias, para realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em livro de protocolo da CEEn.

§ 7º. Se o convocado não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEEn até 48 (quarenta e oito) horas após a referida data.

§ 8º. Diante de justificativa do não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 3 (três) dias.

§ 9º. Em caso de não comparecimento e não apresentação da justificativa, a CEEn deverá comunicar o fato ao COREN REGIONAL, para análise.

Art. 30º. Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade da guarda e do sigilo.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEEn, preservando assim o sigilo.

Art. 31º. O presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelos registros, cabendo ao vogal acompanhar todo o trabalho e colaborar no que for necessário.

Art. 32º. Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato; caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da comissão de sindicância também deverá assinar.

§ 10º. Havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§ 11º.Caso necessário, a CEEn poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 33º. Quando for evidenciada a existência de indícios de

infração ética, a Presidente da CEEn deverá encaminhar o Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN REGIONAL, para tramitação competente.

Art. 34º. Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEEn poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN REGIONAL.

§ 12º. Ocorrendo à conciliação, a CEEn lavrará tal fato em ata específica.

§ 13º. Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 35º. Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEEn, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 36º. Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da comissão.

Art. 37º. Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 38º. O escrutínio para eleição de membros da CEEn será

realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares.

Art. 39º. A CEEn vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela condução e organização de todo o processo eleitoral, incluindo elaboração do edital, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Art. 40º. A Comissão Eleitoral deverá ser composta por três membros da CEEn, elegendo entre seus componentes um Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato para compor a comissão seguinte.

Art. 41º. Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Gerência de Enfermagem da respectiva instituição, devendo ser solicitado pela Comissão Eleitoral.

Art. 42º. O edital para a eleição de novos membros para CEEn, com a convocação de candidatos para o pleito, deverá ser divulgado, após autorização do COREN REGIONAL e do Responsável Técnico da instituição, com no mínimo 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência da data estabelecida para o pleito eleitoral.

Parágrafo único - O Presidente da CEEn deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN REGIONAL, no mesmo dia em que for publicado na instituição.

Art. 43º. Os profissionais de Enfermagem deverão constituir

Chapas, e apresentá-las à Comissão Eleitoral, considerando o período de no mínimo 15 (quinze) dias antes da eleição.

§ 14º. Os candidatos ao pleito deverão possuir no mínimo 1 (um) ano de inscrição definitiva, estando em dia com as suas obrigações junto ao COREN REGIONAL, não estando envolvido em processo ético no COREN REGIONAL, e não respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

§ 15º. Compete à Comissão Eleitoral solicitar aos candidatos Certidão Negativa expedida pelo COREN REGIONAL.

§ 16º. As Chapas deverão ser constituídas obrigatoriamente por dois grupos:

I. GRUPO I – correspondente ao Quadro I da categoria de Enfermeiros;

II. GRUPO II – correspondente aos Quadros II e III, respectivamente da categoria Técnicos de Enfermagem.

§ 17º. Cada Chapa poderá indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de Enfermagem da instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

§ 18º. A Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN REGIONAL a relação das Chapas inscritas, com identificação de seus candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, e em seguida realizar o processo de divulgação da eleição.

Art. 44º. Após a formação das chapas, a Comissão Eleitoral poderá confeccionar cartazes com a composição da chapa,

informando data, local e horário das eleições.

Art. 45º. Somente poderão votar os profissionais inscritos no COREN REGIONAL, que não estejam em débito com este órgão, que não estejam envolvidos em processo ético no COREN REGIONAL, e nem respondendo a nenhum processo administrativo na instituição.

Parágrafo único - O COREN REGIONAL fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 46º. O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral juntamente com a gerência de Enfermagem da Instituição.

Art. 47º. A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos.

Art. 48º. A eleição só terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício com a instituição.

Paragrafo único - Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer uma nova eleição.

Art. 49º. A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 50º. Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou interpretação dubia serão considerados

válidos.

Art. 51º. Será considerada eleita a Chapa que obtiver maior número de votos válidos.

Art. 52º. Em caso de empate será vencedora a Chapa que tiver maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de inscrição no COREN REGIONAL, e se ainda assim, mantiver o empate, será adotado o critério de maior número de profissionais de enfermagem com maior tempo de atuação na instituição.

Art. 53º. As Chapas que receberam votos, mas não tenham sido eleitas deverão também ser relacionadas na ata da eleição e constar na lista dos resultados das eleições, a ser encaminhada ao COREN REGIONAL.

Art. 54º. Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo presidente, secretário e demais membros da Comissão Eleitoral e enviadas para o COREN REGIONAL.

Paragrafo único: O presidente da Comissão Eleitoral encaminhará ao Presidente da CEEn vigente e ao Gerente de Enfermagem da instituição, o resultado da eleição imediatamente após o término do pleito.

Art. 55º. A Comissão Eleitoral proclamará os resultados da eleição através de edital interno, imediatamente após o recebimento de uma cópia da ata da eleição.

§ 19º. A Comissão Eleitoral divulgará a lista nominal de todos os votados na Instituição.

§ 20º. A lista deverá informar sobre:

I. O nome dos membros efetivos, sua categoria profissional e seu número de inscrição junto ao COREN REGIONAL.

II. O nome dos membros suplentes, sua categoria profissional, e seu número de inscrição junto ao COREN REGIONAL.

III. O nome dos profissionais que compunham outras chapas e que receberam votos, sua categoria profissional, e o seu número junto ao COREN REGIONAL.

Art. 56º. A CEEn enviará ao COREN REGIONAL, o resultado do pleito no prazo de 5 (cinco) dias.

Art. 57º. Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à Comissão Eleitoral em um período inferior há 48 (quarenta e oito) horas, após a data da publicação dos resultados, em segunda instância à CCEn e, por último, à instância superior – o COREN REGIONAL.

Art. 58º. Os membros integrantes da Chapa eleita assumirão o mandato após homologação da eleição pelo COREN REGIONAL.

Parágrafo único - Somente após a homologação pelo Plenário do COREN REGIONAL, e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a nova CEEn estará oficialmente autorizada para iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Art. 59º. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN REGIONAL.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 60º. A CCEn norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo COFEN e COREN REGIONAL.

Art. 61º. Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEEn, do Gerente de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN REGIONAL.

Parágrafo único - A alteração será submetida à aprovação em reunião ordinária e/ou extraordinária da CEEn da instituição e à homologação da Plenária do COREN REGIONAL.

Art. 62º. O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEEn.

REGIMENTO INTERNO COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM

A Resolução CFM nº 1657/2002 (Alterada pela Resolução CFM nº 1812/2007) estabelece no Art. 1º: “Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a medicina, ou sob cuja égide se exerça a medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto em seus Regimentos Internos, Comissões de Ética nos termos desta Resolução. Assim, a Resolução evidencia a obrigatoriedade dos hospitais possuir a Comissão de Ética, ainda que sob a gestão de uma única entidade, como um braço do Conselho

Nacional e Regional de Medicina no local, assim agilizando as apurações das possíveis infrações éticas ocorridas no local.

DA ATUAÇÃO

Art. 1º. A Comissão de Ética Médica atuará junto à Estrutura de Governança na Diretoria Geral e Diretoria Técnica, de forma educativa, prevenindo as infrações éticas, e de forma fiscalizadora das condições oferecidas para o exercício profissional.

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º. Organizará e manterá, em todo âmbito da Unidade;

§ 1º. Os assuntos e funcionamento das CEM serão coordenadas pela Unidade Mista, através da Coordenação da Comissões de Ética Médica.

§ 2º. A Coordenação da Comissão de Ética Médica será exercida por três conselheiros especificamente designados pela Diretoria Geral da Unidade Mista.

§ 3º. Cabe ao Diretor Geral prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética Médica na Unidade Mista;

Art. 3º. A CEM será instalada nas dependências da Unidade Mista de acordo, porém o presente documento ressalva as necessidades de acordo com o crescimento Institucional:

Art. 4º. Na instituição que possuir de 16 a 99 médicos a CEM

deverá ser composta por 03 (três) membros efetivos e 03 (três) suplentes;

Art. 5º. O mandato dos membros das CEM será de 30 (trinta) meses, de forma a proporcionar eleições gerais para a Comissão de Ética, permitindo-se a reeleição.

DA REGULAMENTAÇÃO

Art. 6º. A Comissão de Ética Médica estará regulamentada pelas Resoluções do Conselho Federal e Regional de Medicina em âmbito Nacional.

DA SUBORDINAÇÃO

Art. 7º. Estão subordinadas ao Conselho Regional de Medicina e não aos Diretores das instituições médicas.

DAS FUNÇÕES

Art. 8º. Ampliar e descentralizar a ação do Conselho Regional de Medicina nas funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do exercício profissional.

DA OBRIGATORIEDADE

Art. 9º. Nos Serviços de Saúde sob gestão do IBGH há

obrigatoriedade que tenham 16 (dezesseis) ou mais médicos em atividade.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 10º. A escolha dos membros deve ser feita mediante eleição direta entre todos os médicos que compõem o corpo clínico, e que não exerçam cargos de Direção, Gerente ou Supervisor em Gestão em Saúde.

Art. 11º. Compostas de, no mínimo, três profissionais que exercerão o cargo no período de trinta meses.

DAS CONDIÇÕES

Art. 12º. Cabe ao Diretor Geral prover as condições necessárias ao trabalho efetivo da Comissão de Ética.

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º. Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, sua iniciativa e a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais.

Art. 14º. Acompanhar e orientar, do ponto de vista ético, as pesquisas e ensaios clínicos desenvolvidos no estabelecimento.

Art. 15º. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina eventual exercício ilegal da medicina.

Art. 16º. Apreciar, instruir ou promover sindicância para esclarecer os problemas éticos que venham a ocorrer no âmbito da instituição, e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 17º. Atuar junto à Diretoria de Gestão à Saúde da Unidade Mista, oferecendo orientação para prevenir o cometimento de infrações éticas e fiscalizando a existência de condições e meios que permitam o perfeito desempenho técnico da medicina.

Art. 18º. Divulgar entre os médicos do corpo clínico as decisões, normas e recomendações emanadas do Conselho Regional e Federal de Medicina;

Art. 19º. Atuar junto aos médicos, outros profissionais de saúde, à população e organizações da sociedade civil, esclarecendo os deveres e direitos dos médicos.

Art. 20º. Orientar os médicos para evitar o cometimento de infração ética, quando dos movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 21º. Colaborar com os Órgãos Públicos e outras Entidades de Profissionais de Saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional.

DAS RECOMENDAÇÕES AOS DIRETORES DE GESTÃO À SAÚDE

Art. 22º. São recomendações aos diretores de gestão à saúde:

I. Valorizar o trabalho da Comissão de Ética Médica viabilizando o seu funcionamento, provendo condições de infraestrutura física e material, bem como a compensação de horários, a critério da administração;

II. Recomendações aos médicos da Unidade Mista;

III. Reconhecer os membros da Comissão para que a equipe médica e multidisciplinar solicite orientação da CEM em casos de dúvidas do exercício profissional, que envolvam condições de trabalho, como liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido;

IV. Encaminhar à Comissão as denúncias que envolvam ato médico na Unidade Mista;

V. Implantar Políticas de Ética Médica bem como Normas e Rotinas internas. Ampliar e descentralizar a ação da Unidade Mista, na sua jurisdição, quanto à fiscalização e supervisão do exercício profissional no que se refere a pratica médica.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

DA FINALIDADE

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

DA COMPOSIÇÃO

Art. 1º. A Comissão de Farmácia e Terapêutica é composta pelos seguintes membros:

I. Representantes da Administração da Unidade Mista;

II. Representantes da Farmácia;

III. Representantes da CCIRAS;

IV. Representante da área de Enfermagem;

V. Representante da área de Urgência e Emergência

DO MANDATO

Art. 2º. O mandato deverá ser de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral.

Art. 3º. A relação dos membros deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 4º. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pela Diretoria Geral.

Art. 5º. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Art. 6º. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão

ser encaminhados aos órgãos competentes.

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade da Unidade Mista, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 8º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses gera sua exclusão automática.

Art. 9º. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar 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.

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 plenária 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, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a

Diretoria 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 pelo Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

Art. 15º. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

DAS TRIBUIÇÕES

Art. 16º. São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

I. Elaborar a padronização de medicamentos;

II. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para a padronização de medicamentos;

III. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;

IV. Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua farmacoeconomia como mais um critério para a sua padronização;

V. Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;

VI. Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados e gerenciar as medicações de alto custo;

VII. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira;

VIII. Revisar periodicamente as normas de prescrição e unitarização;

IX. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;

X. Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;

XI. Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;

XII. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;

XIII. Assessorar a Direção Geral em assuntos de sua competência;

XIV. Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição, com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;

XV. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Continuada e Permanente;

XVI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Unidade Mista;

XVII. Orientar e promover o controle de medicamentos de uso restrito.

Art. 17º. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a comissão junto à Diretoria Geral da Unidade Mista, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

IV. Fazer cumprir o regimento:

a) Nas decisões da comissão o presidente possui voto de qualidade;

b) Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Art. 18º. São atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 19º. São atribuições e competências 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 determinadas pelo presidente;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CCIRAS

DAS CATEGORIAS E FINALIDADES

O Programa de Controle de Infecção será constituído por uma Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Saúde – CCIRAS, órgão de assessoria à Estrutura de Governança. A CCIRAS da Unidade sob gestão do IBGH, é de natureza técnico- científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

Art. 1º. A CCIRAS tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das Infecções Relacionadas à Assistência - IRAS, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

Parágrafo Único: Endente-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

DA ESTRUTURA

Art. 2º. A estrutura da CCIRAS compreende o Grupo de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde.

Art. 3º. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIRAS, a Estrutura de Governança da Unidade proporcionará a infraestrutura necessária para a atuação na Unidade.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º. A CCIRAS terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores. Os membros Consultores devem contar com

profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços:

I. Serviço Médico;

II. Serviço de Enfermagem;

III. Serviço de Farmácia;

IV. Laboratório;

V. Higienização;

VI. Administração.

Art. 5º. Caberá ao Diretor Geral da Unidade designar os integrantes da CCIRAS, através de Portaria específica e publicada em Diário Oficial.

O núcleo básico citado anteriormente, poderá ser acrescido de representantes de outros serviços de áreas afins;

O Presidente ou Coordenador da CCIRAS será um dos membros da mesma, designado pela Diretoria Geral da Instituição;

Os membros executores da CCIRAS representam o serviço de controle de IRAS e, portanto, são os executores das ações programadas de controle de infecções em âmbito da Unidade.

DOS MEMBROS

Art. 6º. A CCIRAS será constituída por, no mínimo, os seguintes componentes:

I. Um membro executor;

II. Um representante médico;

III. Um representante do serviço de enfermagem;

IV. Um representante da farmácia;

V. Um representante do laboratório;

VI. Um representante da administração;

VII. Um secretário/ digitador.

Parágrafo Único: O membro executor deve ser, preferencialmente, médico sendo o Presidente.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º. A CCIRAS será instalada em sala das dependências da Unidade Mista, designada para esse fim.

Art. 8º. As reuniões ordinárias da CCIRAS ocorrerão uma vez por mês, em sala de reuniões que devem ser proporcionadas pela Unidade Mista e, extraordinariamente, quando se fizer necessário.

Art. 9º. A sequência das reuniões da CCIRAS serão as seguintes:

I. Verificação da presença do Presidente;

II. Verificação de presença e existência de “quorum”;

III. Leitura e aprovação da ata anterior;

IV. Informes;

V. Leitura e discussão da ordem do dia;

VI. Ocorrência na Unidade Mista para discussão e planejamento em conjunto de melhores práticas a serem implantadas.

Art. 10º. A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções;

Art. 11º. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 12º. A Diretoria Geral compete:

I. Constituir formalmente a CCIRAS;

II. Designar os componentes da CCIRAS, por ato próprio;

III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIRAS;

IV. Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIRAS;

V. Garantir a participação do Presidente da CCIRAS nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição como, por exemplo, os conselhos deliberativos e conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da Unidade Mista;

VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Estadual/Distrital de Controle de Infecções

Relacionadas a Assistência à Saúde;

VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIRAS, e às alterações que venham a ocorrer.

Art. 13º. À CCIRAS compete:

I. Elaborar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde adequado as características e necessidades da instituição;

II. Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das IRAS;

III. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

IV. Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e controle das infecções;

V. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico administrativas, visando limitar a disseminação de agentes nas infecções em curso, através de medidas de isolamento e precauções;

VI. Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas de esterilização, desinfecção, limpeza a antissepsia;

VII. Notificar e acompanhar os casos de acidente com material biológico;

VIII. Cooperar com o núcleo de educação permanente e demais setores da unidade para a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de IRAS e prevenção de acidentes;

IX. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios;

X. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico- hospitalares;

XI. Elaborar o Regimento Interno da CCIRAS;

XII. Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;

XIII. Notificar, na ausência do núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão Estadual ou Municipal Sistema Único de Saúde - SUS e/ou seguimento informativo e pactuado dos regimes hospitalares os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades da Unidade Mista, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

XIV. Notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão Estadual ou Municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;

XV. Realizar reuniões periódicas;

XVI. Monitorar o controle de qualidade da água utilizada na instituição;

XVII. Alimentar os sistemas de informação da Unidade Mista com os dados pertinentes à CCIRAS.

Art. 14º. Ao Presidente ou Coordenador da CCIRAS compete:

I. Cumprir e fazer cumprir as determinações da CCIRAS aprovadas pela Diretoria Geral;

II. Representar a CCIRAS nos órgão colegiado, deliberativo e formador de política da instituição, como por exemplo, os conselhos técnicos, independentemente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

III. Convocar periodicamente as lideranças da instituição para tomadas de decisões de situações identificadas pela CCIRAS;

IV. Promover a convocação e coordenar as reuniões, com os membros executores;

V. Assegurar atualização técnica e cientifica dos membros da CCIRAS;

VI. Elaborar documentos, pareceres e relatórios pertinentes ao Controle das IRAS;

VII. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissões de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Art. 15º. Ao representante do Serviço Médico compete:

I. Apoiar a implementação de ações de Controle de Infecção nas áreas específicas de sua responsabilidade;

II. Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver IRAS;

III. Promover e participar de atividades de ensino e atualização baseado no plano de ação de controle de IRAS;

IV. Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos e validar no que se refere aos procedimentos de risco biológico;

V. Prestar assessoria técnica em relação ao uso de antimicrobianos;

VI. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS;

VII. Participar de eventos científicos referentes à área;

VIII. Participar da elaboração de relatórios da CCIRAS;

IX. Participar do parecer técnico para aquisição de produtos médico-hospitalares;

Art. 16º. Ao representante do Serviço de Enfermagem compete:

I. Colaborar para que haja adesão máxima do Serviço de Enfermagem á política de Controle de Infecções adotadas pela Instituição;

II. Participar da vigilância epidemiológica das IRAS;

III. Promover e participar de atividades técnico-científicas e

atualização referente ao plano de ação de controle de IRAS, visando à melhoria da qualidade da assistência no serviço de enfermagem;

IV. Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver IRAS;

V. Emitir parecer técnico sobre produtos e equipamentos a serem adquiridos pela instituição;

VI. Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

VII. Manter-se alerta quanto á saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário;

VIII. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS;

IX. Participar da elaboração de relatórios da CCIRAS;

X. Prestar assessoria técnica aos profissionais.

Art. 17º. Ao representante da Farmácia compete:

I. Fornecer mensalmente o levantamento de consumo de antimicrobiano por clinica, especialidade e paciente;

II. Participar da definição e padronização da utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

III. Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem a garantia da qualidade da assistência prestada;

IV. Colaborar com a avaliação microbiológica e emitir Parecer Técnico sobre produtos químicos e medicamentos a serem

adquiridos pela instituição;

V. Assegurar a qualidade das condições de armazenamento e prazo de validade de medicamentos e soluções germicidas;

VI. Cuidar para que não interrompa o tratamento com antimicrobiano;

VII. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS.

Art. 18º. Ao representante do Laboratório compete:

I. Orientar a equipe de saúde quanto à coleta de amostras para exames microbiológicos e interpretação de resultados;

II. Manter arquivos dos dados microbiológicos, permitido estudos e levantamentos;

III. Realizar levantamento periódico da frequência de microrganismos isolados nas IRAS e da prevalência das cepas resistentes aos antimicrobianos;

IV. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS .

Art. 19º. Ao representante da Estrutura de Governança compete:

I. Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de IRAS;

II. Estimular a comunidade da Unidade Mista, quanto à adesão das atividades que visem à prevenção e controle das IRAS, demonstrando, que são desejadas e necessárias à instituição;

III. Definir política de controle de qualidade (promover manutenção

preventiva e periódica dos equipamentos; garantir a realização semestral da lavagem e desinfecção dos tanques da instituição);

IV. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS.

Art. 20º. Ao representante da Higienização compete:

I. Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de IRAS;

II. Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas desinfecção, limpeza e antissepsia da Unidade e equipamentos;

III. Participar da definição da Política de utilização de produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia;

IV. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS;

V. Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

VI. Manter-se alerta quanto á saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário.

Art. 21º. À Secretária compete:

I. Assistir as reuniões;

II. Lavrar termos de abertura e encerramento do livro de Ata e Protocolo;

III. Auxiliar na elaboração dos documentos da comissão (relatórios, ofícios, pareceres);

IV. Manter suprimento de materiais de consumo diário;

V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.

Art. 22º. A comunicação escrita utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

I. Agenda de reunião:

a) Instrumento de comunicação interna/externa da CCIRAS, utilizado para disciplinar as reuniões, que deverá ser distribuída aos participantes, 24 (vinte e quatro) horas antes da reunião, tendo como responsável, o coordenador da mesma em alinhamento com os demais.

II. Livro de ata:

a) Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

III. Súmula:

a) Instrumento em que são registradas e descritas, de forma sucinta, as decisões, conclusões e orientações das reuniões. Deverá ser distribuída aos participantes até 48 (quarenta e oito) horas após a realização da reunião. É elaborada por quem coordena a reunião ou alguém por delegação deste.

IV. Programa de ação anual:

a) Disparador do processo de planejamento da CCIRAS. “É um conjunto hierarquizado de prioridades da instituição de saúde.

Apresenta em linhas gerais estratégias adotadas a médio e longo prazo, dando subsídios para o planejamento e transformações de metas em resultados.

V. Relatórios:

a) Interpretação e análise de indicadores técnicos, administrativos ou financeiros que podem subsidiar tomadas de decisões e facilitar o processo de acompanhamento dos resultados.

VI. Comunicação Interna:

a) Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da CCIRAS (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição.

VII. Comunicado:

a) Instrumento que contém avisos e/ou determinações da CCIRAS destinado a todo a Unidade Mista ou algumas áreas ou serviço.

Art. 23º. A comunicação oral utilizado interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

I. Reuniões de Alinhamento Gerencial:

a) Compõem o processo de alinhamento entre os membros da CCIRAS. Têm por objetivo discutir as ações a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período de tempo, tomadas de decisões administrativas e repasse de informações/orientações gerais, segundo cronograma anual.

II. Reuniões de Alinhamento Técnico:

a) Compõem o processo de alinhamento entre a CCIRAS e as demais áreas ou serviço. Com o objetivo de discutir as ações técnicas a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período de tempo, os pontos críticos e tomadas de decisões relativas à qualidade, segundo às necessidades das áreas ou serviços.

III. Reuniões de acompanhamento, avaliação e julgamento:

a) São reuniões mensais estabelecidas oficialmente em cronograma divulgado anualmente e compõem o processo de acompanhamento, avaliação e julgamento da CCIRAS, áreas ou serviço. Têm por objetivo formalizar e disciplinar o processo de planejamento e de acompanhamento, avaliação e julgamento. São responsáveis, ainda, por promover a integração das equipes e das ações desenvolvidas.

IV. Reuniões extraordinárias:

a) São as reuniões que ocorrem extras aos Processos de Planejamento. Podem ser convocadas sempre que necessário para busca de apoios na identificação de soluções e oportunidades de servir. Têm por objetivo refletir o modelo participativo de gestão, em que todo profissional ou parceiro da Unidade Mista de promover o diálogo nos diversos níveis hierárquicos.

DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA.

Art. 24º. Vigilância Epidemiológica é a observação ativa, sistemática e continua da ocorrência de infecções e de sua distribuição entre pacientes ou dos eventos e condições que afetam

o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

Art. 25º. O método de Vigilância Epidemiológica deve atender às características da Unidade Mista, à estrutura do pessoal e a natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

Art. 26º. Serão utilizados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

Art. 27º. Serão realizados métodos de busca ativa de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das IRAS.

Art. 28º. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO

Art. 29º. A CCIRAS deve participar do processo educativo dos clientes internos e externos com vistas á prevenção e controle das infecções, envolvendo atividades de educação permanente, reciclagem e treinamento técnico, com aulas teórica e prática, principalmente as relacionadas ao controle de IRAS.

Parágrafo Único: O projeto de educação deverá ser elaborado através do levantamento das necessidades do cliente e do serviço, realizando o diagnóstico, determinando coberturas e metas e identificando facilitadores.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 30º. A CCIRAS convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 31º. A Diretoria Geral da Unidade Mista poderá, a qualquer tempo e por motivo justificável, promover a substituição dos membros da CCIRAS.

Art. 32º. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIRAS e em grau de recurso pelo Diretor Geral da instituição.

Art. 33º. O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da CCIRAS, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor Geral.

Art. 34º. Este regimento entrará em vigor após aprovação pela Diretor Geral ou Diretor Geral, revogadas as disposições em contrário.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS

DA COMPOSIÇÃO E COMPETÊNCIA

A Comissão de Resíduos do Hospital instituída que será instituída através de Portaria, é um órgão colegiado de caráter deliberativo, instituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem

como de transporte dos resíduos gerados na Unidade.

Art. 1º. A Comissão será composta por membros nomeados pela Diretoria Geral do Hospital.

Art. 2º. Competências:

I. Normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

II. Coordenar a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos da instituição adequando-o às formas da lei específica;

III. Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

IV. Orientar a comunidade do Hospital no que tange a manipulação de resíduos;

V. Em caso de acidente envolvendo resíduos, tomar decisões visando minimizar os impactos e avaliar se a causa foi desinformação ou negligência;

VI. Divulgar à comunidade a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.;

VII. Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos;

VIII. Estabelecer um programa de atividades e metas para o

gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;

IX. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;

X. Instituir Grupos de Trabalho;

XI. Avaliar e deliberar acerca das recomendações expedidas pelos Grupos de Trabalho.

Art. 3º. Ao Presidente da Comissão de Resíduos, indicado pelo Diretor, compete:

I. Presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;

II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;

IV. Cumprir e fazer cumprir o regimento.

Parágrafo único – O Presidente da Comissão poderá ser substituído, por ato de ofício do Reitor, ou mediante solicitação encaminhada pelos membros da Comissão contendo indicação do substituto.

Art. 4º. Compete aos membros da Comissão:

I. Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;

II. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas serem entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas

da reunião;

III. Requisitar à Secretaria da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições.

Art. 5º. Compete à Secretaria Comissão:

I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;

III. Expedir ato de convocação;

IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

V. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

DAS REUNIÕES E DELIBERAÇÕES

Art. 6º. As reuniões ordinárias da Comissão de Resíduos serão realizadas na última sexta-feira útil de cada mês, em dia, hora e local designados com antecedência mínima de 4 (quatro) dias úteis.

§ 1º. Cada membro da Comissão deverá ser convocado, sendo que a pauta deverá ser divulgada aos mesmos, com antecedência mínima de 4 (quatro) dias úteis.

§ 2º. Caso a reunião ordinária não seja convocada pelo Presidente da Comissão, qualquer membro poderá fazê-lo, desde que

transcorridos 7 (sete) dias do prazo previsto neste artigo.

§ 3º. A ata será divulgada aos membros até 7 (sete) dias úteis após a data da reunião.

Art. 7º. As reuniões ordinárias poderão ser complementadas com reuniões extraordinárias, podendo estas ocorrerem a qualquer tempo, por convocação do Presidente da Comissão ou de 1/3 (um terço) de seus membros.

§ 4º. Para a convocação de que trata este artigo, é imprescindível a apresentação de comunicado à Secretaria-Executiva da Comissão, acompanhado de justificativa.

§ 5º. Caberá à Secretária-Executiva a adoção das providências necessárias à convocação da reunião extraordinária, que se realizará no prazo máximo de 7 (sete) dias úteis a partir do ato de convocação.

Art. 8º. As deliberações da Comissão deverão ser tomadas com "quorum" mínimo de maioria simples dos presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade, para pautas previamente especificadas.

§ 5º. Para a deliberação de pautas previamente especificadas, não estando presentes o "quorum" mínimo, a votação iniciará 15 minutos após o horário designado para a reunião.

§ 6º. Para assuntos gerais, a reunião será instalada com qualquer "quorum".

§ 7º. As decisões normativas terão a forma de resolução numeradas de forma sequencial e divulgadas em veículo interno de grande circulação.

§ 8º. É obrigatória a confecção de atas das reuniões, devendo as mesmas serem arquivadas na Secretaria para efeito de consulta.

DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art. 9º. Dadas as especificidades e urgências dos assuntos em pauta, poderão ser criados Grupos de Trabalhos específicos, visando ao aprofundamento e encaminhamento de propostas à Comissão.

Art. 10º. Os Grupos de Trabalho terão agenda própria, preservadas as datas das reuniões regulares da comissão.

Art. 11º. Os Grupos de Trabalho deverão eleger, entre seus membros, um Coordenador.

Art. 12º. Os Grupos de Trabalho deverão apresentar, semestralmente, um relatório de suas atividades, para que a Comissão avalie o andamento dos trabalhos.

Art. 13º. As decisões dos grupos não poderão ser aplicadas sem homologação da maioria dos membros da Comissão em reunião ordinária.

Art. 14º. Os grupos poderão, a seu critério, convidar pessoas que possam colaborar para otimizar os trabalhos internos.

Parágrafo Único - Será permitida a participação dos colaboradores, a título de convidados, com direito a voz, e sem direito a voto.

Art. 15º. Os grupos de trabalho poderão ter no máximo 04 (quatro) membros da comissão, sendo que estes deverão solicitar sua inclusão em um dos grupos.

Art. 16º. Os trabalhos dos grupos terão sua duração fixada pela Comissão, a qual poderá, ainda, determinar a alteração da composição dos mesmos, conforme sua conveniência.

Art. 17º. Os membros que faltarem a três reuniões ordinárias consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas, sem justificativa, serão, automaticamente excluídos da Comissão.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 18º. Considerando a urgente necessidade da Administração, ficam desde já instituídos os seguintes Grupos de Trabalho:

I. GT - Infectantes;

II. GT - Químicos;

III. GT - Radioativo;

IV. GT - Comuns;

V. Recicláveis.

Art. 19º. Os casos omissos e as dúvidas suscitadas quando à aplicação deste Regimento Interno serão dirimidas pela Comissão de Resíduos reunidos com a maioria simples de seus membros.

Art. 20º. A presente resolução em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão de Resíduos.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL

DAS FINALIDADES

É objetivo desta Comissão:

I. Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;

II. Divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;

III. Promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital;

IV. Racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações.

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 1º. A Comissão será composta de, no mínimo, quatro membros, devendo contar, obrigatoriamente, com representação de um médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo a inda incluir profissional de outras categorias.

DA NOMEAÇÃO E DA DESTITUIÇÃO

Art. 2º. Os membros da Comissão serão nomeados pela Gestão do Hospital mediante Portaria.

Art. 3º. Pelo menos um membro da Comissão deverá ser

habilitado com treinamento especifico para a prática da Terapia Nutricional.

Art. 4º. Será substituído o membro que deixar de comparecer sem justificativa por escrito a 3 (três) reuniões seguidas ou a 4 (quatro) intercaladas durante o ano.

Art. 5º. A Comissão terá um Presidente eleito pelos seus pares, com mandato de 4 (quatro) anos, podendo ser reeleito.

Art. 6º. A Comissão terá um Secretário.

Parágrafo único- O apoio logístico e administrativo da Secretaria será viabilizado pela Gestão do Hospital sob Gestão do IBGH.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º. Compete à Comissão:

I. Normatizar as indicações, uso e controle do suporte nutricional;

II. Divulgar os conhecimentos sobre suporte nutricional aos profissionais da área de saúde;

III. Promover a profilaxia da desnutrição nos pacientes internados do hospital;

IV. Racionalizar custo/benefício maximizando os benefícios e minimizando as complicações;

V. Participar nas discussões sobre a necessidade de suporte nutricional nos casos propostos;

VI. Participar das programações educacionais da equipe (palestras, aulas, reuniões, etc);

VII. Participar do desenvolvimento, introduções, modificações e revisões de protocolo e fichas utilizadas pela Comissão;

VIII. Comparecer às reuniões convocadas e colaborar com o trabalho da Comissão;

IX. Desenvolver pesquisas relativas ao tema nutricional;

X. Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional a serem encaminhados aos cuidados da equipe multiprofissional;

XI. Atender às condições de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, e em comum acordo com o médico e nutricionista responsáveis pe lo paciente, até que sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional preestabelecidos;

XII. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final, da Terapia Nutrição Parenteral, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;

XIII. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação dos procedimentos relacionados a Terapia Nutricional, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

XIV. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da Terapia Nutrição Parenteral visando a garantia de sua qualidade;

XV. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da comissão para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da Terapia Nutrição Parenteral;

XVI. Analisar o custo e o beneficio no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da Terapia Nutrição Parenteral;

XVII. Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relacionados à Terapia Nutrição Parenteral.

DOS DEVERES DOS MEMBROS

Art. 8º. Ao médico compete:

I. Realizar inserções do cateter central, recolocando-o quando necessário;

II. Fazer a prescrição do suporte nutricional enteral e parenteral aplicado diariamente;

III. Indicar e interpretar os exames complementares do paciente em terapia nutricional;

IV. Fazer anotações quanto a evolução clínica do paciente;

V. Analisar os Raio X do cateter e ou da sonda enteral;

VI. Avaliar e recomendar modificações quanto a cuidados do paciente e suporte nutricional;

VII. Solicitar o auxílio de outros especialistas quando necessário;

VIII. Prestar as informações médicas pertinentes aos familiares do paciente;

IX. Cabe ao médico da comissão realizar ou delegar as funções supracitadas do médico assistente do paciente.

Art. 9º. Ao Enfermeiro compete:

I. Executar os cuidados do cateter e ou de sonda enteral;

II. Fazer visitas diariamente, observar e anotar as ocorrências e procedimentos realizados, na papeleta;

III. Fazer a colocação de sondas enterais, providenciando o Raio X, recolocando sondas sempre que necessário;

IV. Fazer certificação de troca apropriada de veias em caso de nutrição parenteral periférica;

V. Orientar o pessoal de enfermagem sobre os cuidados dispensados aos pacientes em uso de suporte nutricional;

VI. Desenvolver técnicas e materiais apropriados para orientação dos pacientes e familiares;

VII. Supervisionar a administração das alimentações enteral e parenteral;

VIII. Prever, prover e controlar o material necessário à assistência;

IX. Cabe à enfermeira da comissão realizar ou delegar as funções supracitadas à enfermeira da clínica.

Art. 10º. Ao Nutricionista compete:

I. Avaliar o estado nutricional do paciente;

II. Identificar as necessidades de nutrientes (calorias, carboidratos, proteínas, lipídios, sais minerais e vitaminas);

III. Recomendar terapias de suporte nutricional apropriado;

IV. Monitorizar e documentar a terapia nutricional aplicada; recomendar mudanças na terapia quando necessário;

V. Calcular e documentar a ingestão de nutrientes;

VI. Trabalhar intensamente com pacientes em retirada de suporte enteral ou oral;

VII. Desenvolver materiais e técnicas apropriadas para ensinar ao paciente o suporte nutricional;

VIII. Instituir o paciente e a família no momento da alta;

IX. Avaliar e trazer recomendações sobre novas perspectivas do suporte nutricional;

X. Desenvolver fórmulas nutricionais indicadas no suporte nutricional;

XI. Cabe à nutricionista da comissão realizar ou delega r as funções supracitadas à nutricionista assistente do paciente

Art. 11º. Ao Farmacêutico compete:

I. Manipular as soluções parenterais de acordo com a prescrição, adotando técnicas adequadas, que assegurem a estabilidade,

esterilidade e apirogenidade;

II. Efetuar o controle de qualidade físico, químico e o microbiológico da matéria-prima e das soluções parenterais;

III. Analisar as formulações, emitir parecer quando necessário nos casos de incompatibilidade;

IV. Responsabilizar-se pela aquisição, armazenamento e controle de estoque da matéria-prima;

V. Exercer a farmacovigilância junto aos pacientes com nutrição parenteral e enteral, bem como analisar as reações adversas e interações droga-alimento;

VI. Avaliar os resultados de exames laboratoriais complementares em resposta a terapia nutricional, oferecendo sugestões para modificações apropriadas, anotando-as no prontuário;

VII. Analisar e opinar sobre os novos produtos de suporte nutricional;

VIII. Oferecer informações sobre medicamentos e as alternativas recomendadas, baseando-se no conhecimento da doença e do grau de desnutrição, que pode alterar a resposta terapêutica;

IX. Informa-se prontamente sobre as mudanças da prescrição nutricional evitando desperdícios;

X. Divulgar quando necessário a inclusão de novos produtos na padronização;

XI. Pesquisar e formular produtos complementares indicados no tratamento do paciente;

XI. Cabe ao farmacêutico da comissão realizar ou delegar as funções supracitadas do farmacêutico assistente do paciente.

DA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO

Art. 12º. A Comissão reunir-se-á ordinariamente a cada 60 (sessenta) dias e extraordinariamente, por convocação do Conselho Interno da Instituição, por solicitação do PRESIDENTE ou em decorrência de requerimento de metade mais um dos membros.

Art. 13º. As reuniões serão realizadas com a presença mínima de metade mais um dos membros e após trinta minutos com no mínimo dos membros.

Art. 14º. As deliberações serão tomadas em reuniões, por voto da maioria simples dos membros presentes na reunião.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15º. O presente Regimento entrará em vigor após a sua aprovação pelo voto da maioria dos membros.

O presente Regimento poderá ser modificado em parte ou no todo.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALAR

DAS CATEGORIAS E FINALIDADES

O presente regimento estabelece o funcionamento da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos do Hospital, validados por Certificado de Registro no MS/Anvisa (Publicação no D.O.U) - RDC 185/2001, Certificado de Registro no MS/Anvisa por família (Publicação no D.O.U) - RDC 97/2000, Certificado de BPF e C MS/Anvisa do fabricante - RDC Nº 59/2000, Certificado de Isenção de Registro MS/Anvisa (Publicação no D.O.U) - Decreto 79.094/1977/RDC 185/2001 e 260/02, Certificado de Aprovação de Equipamento de Proteção Individual do Ministério do Trabalho, Laudo Oficial do MS e Inmetro *Em casos de comprovação de gramaturas, saneantes, equipamentos relacionado ao uso do produto, Autorização de Funcionamento da empresa fabricante - Lei 6.360/1976/Decreto 79.094/1977 (Publicação no D.O.U). e em caso de empresas comerciais, distribuidoras e os importadores, carta do fabricante assegurando que a amostra apresentada correspondem à versão do produto fabricada no momento e autorização para comercialização do produto seguido de literatura técnica e documentos em língua estrangeira acompanhados de tradução juramentada, além da embalagem e os rótulos dos produtos apresentados devem atender aos critérios estabelecidos na RDC 185/2001/MS - Anvisa.

Art. 1º. Objetivo desta Comissão:

I. Gerenciar a lista básica de materiais e equipamentos hospitalares de uso contínuo da Unidade Mista.

II. Manter processo permanente de atualização da lista básica de materiais médico- hospitalares de uso contínuo, necessários à realização dos procedimentos médicos e de enfermagem, através de

consulta ao sistema produtivo.

III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de materiais e equipamentos hospitalares de uso contínuo;

IV. Elaborar a padronização de materiais e equipamentos hospitalares de uso contínuo, utilizando o método descritivo identificando com clareza as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

V. Prestar assessoria técnica à Serviço de Compras;

VI. Assegurar que os materiais e equipamentos hospitalares a serem adquiridos para as unidades da Unidade Mista estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

VII. Manter processo permanente de avaliação da qualidade dos materiais adquiridos para uso contínuo na instituição.

Art. 2º. A Comissão de Padronização de Materiais Hospitalares está diretamente subordinada e supervisão da Superintendência do IBGH.

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos é composta por profissionais com experiência na área de gestão de materiais, nas áreas de enfermagem, medicina, farmácia, nutrição, análises clínicas, CCIRAS, Qualidade e Educação Continuada.

Art. 4º. A Coordenação da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos deverá ser exercida por um docente ou técnico - administrativo com experiência na área de gestão de materiais.

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5º. À Comissão de Padronização de Materiais compete:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos materiais médico- hospitalares em processo licitatório;

II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais e equipamentos hospitalares;

III. Elaborar a listagem de materiais e equipamentos hospitalares qualificadas para uso contínuo no Unidade Mista, para participar de processo licitatório;

IV. Criar um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelo Comitê Local de Avaliação Técnica de Materiais e pela Comissão de Padronização;

V. Coordenar o processo de avaliação técnica de materiais em processo de compra através dos Comitês Locais de Avaliação Técnica de Materiais;

VI. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente o uso dos materiais padronizados, pelos Serviços;

VII. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e

atualização da Relação de Materiais Padronizados através de consultas ao sistema produtivo da instituição;

VIII. Divulgar o protocolo de inclusão e exclusão de materiais na listagem básica de materiais padronizados;

IX. Divulgar as alterações realizadas na Listagem Básica de Materiais e Equipamentos sempre que ocorrerem, aos Serviços da Unidade Mista;

X. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados.

Art. 6º. Ao Coordenador da Comissão de Padronização de Materiais compete:

I. Coordenar e supervisionar o processo de aquisição de material e equipamentos hospitalares na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;

II. Participar da elaboração do edital de licitação prestando suporte técnico a Comissão Permanente de Licitação;

III. Informar ao Serviço de Compras as especificações dos materiais e equipamentos hospitalares padronizados na instituição;

IV. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados.;

V. Elaborar Indicadores de Avaliação Técnica de materiais e equipamentos hospitalares para a Unidade Mista;

VI. Atender aos fornecedores para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição;

VII. Divulgar a listagem de materiais médico- hospitalares qualificadas para uso contínuo na Unidade Mista, para participar de processo licitatório;

VIII. Informar aos fornecedores dos produtos que apresentarem ocorrência negativa durante o uso, a respeito da necessidade de elaboração de relatório de esclarecimento acerca das providências tomadas para correção do defeito, a fim de que seja atualizada a caracterização do produto no banco de dados;

IX. Uma cópia da ocorrência negativa do produto;

X. Elaborar Relatório Anual de Atividades.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 7º. Os artigos aprovados sem registro negativo ou alterações de especificações terão sua qualificação revalidada.

Art. 8º. Os produtos reprovados na Unidade Mista somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.

Art. 9º. É vedado a Comissão de Padronização de Materiais da Unidade Mista, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados.

Art. 10º. Só poderão participar do processo de licitação os produtos qualificados pela Comissão de Padronização de Materiais;

Art. 11º. Os produtos a serem licitados deverão seguir as

especificações padronizadas para a Unidade Mista, fornecidos pela Comissão de Padronização de Materiais;

Art. 12º. Este regimento poderá ser modificado no todo ou em parte;

I. Por motivo de alterações na legislação federal referente à aquisição de material e equipamentos hospitalares;

II. Por iniciativa do Coordenador da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos, com acordo dos membros da referida Comissão e da Direção Geral da Unidade.

Art. 13º. Os casos omissos serão decididos pela Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos.

Art. 14º. Este regimento entrará em vigor após aprovação pela estrutura de governança revogadas as disposições em contrário.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO TRANSFUSIONAL

DA COMPOSIÇÃO

A Comissão Transfusional será constituída pelos seguintes representantes, todos designados em Portaria pela Gestão Geral do Serviço de Saúde podendo ser alterado de acordo com a complexidade da Instituição:

I. Diretor clínico/chefe Médico, como presidente;
II. Chefe do Setor de Vigilância em Saúde, como vice-presidente;
III. Representante do Serviço de UTI Pediátrica;
IV. Responsável pelo Setor de UTI Adulta;

V. Responsável Pela Emergência;

VIII. Coordenador (a) de Enfermagem da UTI Pediátrica

IX. Cooredandor (a) de Enfemagem da UTI Aulta;

X. Coordenador (a) de Enfermagem da Emergência;

XII. Um membro da Hemovigilância.

Art. 1º. A duração do mandato será de 2 (dois) anos sendo permitida a reeleição, em comum acordo com os membros.

Parágrafo único: As reuniões ocorrerão bimestralmente, a contar da última reunião realizada, sendo aceitáveis reuniões extraordinárias, considerando a gravidade do caso.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2º. São atribuições da Comissão Transfusional:

I. Discutir, dentre outros, os seguintes aspectos relacionados ao uso dos hemocomponentes:

a) Dolicitação;

b) Distribuição, manuseio e administração;

c) Gerenciamento;

d) Monitorização das respostas dos pacientes.

II. Estabelecer diretrizes (“Guidelines”) para a administração de cada hemocomponente, valendo-se da literatura médica como referência:

a) Formalmente aprovadas pelo Corpo Clínico antes de sua

implantação;

b) Servem de orientação para os médicos solicitantes sobre práticas transfusionais, para as quais existem evidências baseadas na prática e em estudos clínicos;

c) Não necessariamente devem contemplar todos os casos em que se indique transfusão;

d) Haverá situações clínicas nelas não contempladas, em que a transfusão poderá ser necessária, onde, nestes casos, deve-se obedecer ao bom senso e a experiência dos elementos envolvidos no caso;

e) Poderá haver, também, situações contempladas pelas Diretrizes que não serão necessariamente melhoradas com a transfusão;

f) Em todos os casos, a razão da solicitação do hemocomponente deve estar evidenciada na documentação do prontuário do paciente.

III. Avaliar a Indicação da Transfusão:

a) Prospectiva (antes da transfusão), sendo a mais adequada, principalmente para hemocomponentes de alto custo, podendo identificar:

1. Transfusões desnecessárias;

2. Solicitação inadequada, em tempo hábil;

3. Solicitação potencialmente perigosa;

4 Retrospectiva (após a transfusão).

IV. Monitorar as hemotransfusões, em relação a um médico ou um grupo de médicos solicitantes (por exemplo, número de unidades de concentrados de hemácias usados no procedimento de prótese de quadril; uso de plaquetas durante uma cirurgia cardíaca; total de hemocomponentes usados num grupo particular de um diagnóstico), com espírito de revisão colaborativa com intervenções corretivas educacionais.

Art. 3º. Para cada transfusão, pelo menos as seguintes informações devem ser documentadas:

I. Pedido médico;

II. Indicação;

III. Resultados laboratoriais ou clínicos relacionados, antes e após a transfusão;

IV. Avaliação do resultado:

a) Revisões dos registros manuais ou eletrônicos, usando as Diretrizes desenvolvidas pela Comissão como referência;

g) Revisões dos registros no prontuário em reuniões da Comissão, quando houver questões sobre a indicação e resultados da transfusão.

§ 1º. Se na avaliação, não se encontrar os elementos que justifiquem a transfusão, o médico do paciente deve ser contatado, cuja resposta deve justificar a transfusão.

§ 2º. Se a resposta não for satisfatória, surge uma oportunidade para se orientar o médico por carta.

§ 3º. Sendo a carta ignorada, ou se a resposta retornada for insatisfatória, o Diretor Clínico/Chefe Médico deve ser solicitado para participar do processo de avaliação.

Art. 4º. Os membros da Comissão se comprometem a manter o sigilo e os princípios éticos em todas as atividades relacionadas à Hemovigilância.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 5º. Este Regimento poderá ser modificado mediante a aprovação de 51% dos membros, em reunião especialmente convocada para esse fim.

Art. 6º. O presente Regimento entrará em vigor após aprovação da Comissão Transfusional do Hemocentro do Serviço de Saúde sob Gestão do IBGH.

REGIMENTO INTERNO DE COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS

DO OBJETIVO

Avaliar a qualidade da assistência prestada na Unidade a partir da análise dos óbitos hospitalares;

Art. 1º. 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

da própria da Unidade;

Art. 2º. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 3º. Reuniões com periodicidade mensal no consultório anexo da psiquiatria, assim como envio de indicadores e informações;

Art. 4º. Ausência sem justificativa de um membro em três reuniões consecutivas ou seis reuniões não consecutivas no período de 12 (doze) meses gera sua exclusão automática;

Art. 5º. Decisões por aprovação (votação aberta) da maioria, com voto de minerva do primeiro integrante a chegar na reunião; Registro das reuniões em ata simples.

DA METODOLOGIA

Art. 6º. Análise dos prontuários de óbitos da Unidade pelo CRO, utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis;

Art. 7º. Inclusão do critério ASA para estratificação de gravidade intra-hospitalar.

DAS FONTES DE INFORMAÇÃO

Art. 8º. São consideradas fontes de informação:

I. AIH;

II. Relatório de alta;

III. Declaração de óbito;

IV. Relato cirúrgico;

V. Anotações médicas;

VI. Anotações de enfermagem.

DAS VARIÁVEIS ANALISADAS

Art. 9º. São consideradas variáveis autoexplicativas:

I. Idade;

II. Sexo;

III. Data da internação;

IV. Dia, data e hora do óbito;

V. Diagnóstico de admissão;

VI. Diagnóstico final e causa morte;

VII. Óbito antes do início do tratamento;

VIII. Óbito antes de 48 (quarenta e oito) horas;

IX. Óbito no ato cirúrgico ou anestésico;

X. Óbito no pós-operatório imediato;

XI. Acidentes ou falhas operacionais.

Art. 10º. São consideradas variáveis categorizadas:

I. Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anatomopatológico (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não há enquadramento em nenhum desses critérios é classificado como não confirmado;

II. Anamnese adequada: inclui história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 (vinte e quatro) horas após a admissão, com dados completos de identificação;

III. Exame físico adequado: registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;

IV. Evolução adequada: evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;

V. Exames complementares adequados: realização de exames compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;

VI. Terapêutica adequada: compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;

VII. Óbito desassistido: quando o óbito ocorre sem a presença de

um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;

VIII. Infecção relacionada a assistência à saúde: qualquer infecção surgida após 72 (setenta e duas) horas da internação do paciente, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta, ou surgida antes de 72 (setenta e duas horas) horas após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico, associável ao processo infeccioso;

IX. Dia mais frequente;

X. Horário de predomínio.

DAS FALHAS OPERACIONAIS

Art. 11º. São consideradas falhas operacionais:

I. Não realização de exame solicitado;

II. Não realização de procedimento solicitado;

III. Falta de material médico-hospitalar;

IV. Falta da hemoderivados;

V. Falta de medicação prescrita;

VI. Erro na administração de medicação prescrita;

VII. Falha em equipamento médico-hospitalar;

VIII. Não conformidade no resultado de exames;

IX. Falta de preenchimento de impressos de rotina;

X. Letra ilegível;

XI. Falta de assinatura e registro de conselho;

XII. Falta de vaga em setor crítico;

XIII. Retorno para setor crítico;

XIV. Queda do leito;

XV. Formação de escaras;

XVI. Perda de acesso venoso central;

XVII. Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomo;

XVIII. Perda de sondas (nasogástrica, nasoenteral, vesical);

XIX. Obstrução de vias aéreas por secreção;

XX. Extravio de material para exames.

DOS DIAGNOSTICOS

Art. 12º. São considerados diagnósticos:

I. Infarto Agudo do Miocárdio;

II. Acidente Vascular Cerebral;

III. Sepse;

IV. Óbito intra-operatório;

VI. Outros.

DA CLASSIFICACAO DO ÓBITO

Art. 13º. A classificação de óbito são divididas em:

I. Não Evitável: quando a patologia existente justifica a evolução fatal;

II. Evitável: quando o óbito ocorrer por inadequação da terapêutica, da investigação ou das condições operacionais;

III. Inconclusivo: quando não é possível o enquadramento nas categorias anteriores, devendo haver enquadramento em uma de nove justificativas definidas que caracterizam a causa da impossibilidade do avaliador chegar a uma conclusão.

REGIMENTO INTERNO DE COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

DA FINALIDADE

Atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, onde é definido prontuário médico como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 1º. É um órgão de assessoria vinculado à Direção Geral e Direção Técnica da instituição.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º. A composição deverá ser de dois membros médicos, dois membros da Estrutura de Governança da Instituição, um membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME e um enfermeiro.

Art. 3º. Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Geral em comum acordo com a Diretoria Técnica.

DO MANDATO

Art. 4º. O mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Geral em comum acordo com a Direção Técnica.

Art. 5º. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Geral a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 6º. O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pela Direção Geral da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

Art. 7º. No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a

Direção Geral em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 8º. As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório reunião ordinária a cada dois meses.

Art. 9º. A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses gera sua exclusão automática.

Art. 10º. Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 11º. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação por maioria simples dos membros presentes.

Art. 12º. 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 reunião prévia.

Art. 13º. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Art. 14º. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 15º. Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16º. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

I. Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementare, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

II. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

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

IV. Normatizar o preenchimento das contra-referências conforme orientação da Direção Geral e Direção Técnica;

V. Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;

VI. Tipo de Falta;

VII. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

VIII. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

IX. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

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

XI. Desenvolver atividades de caráter técnico – cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 17º. São atribuições do Presidente da Comissão:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Indicar seu vice-presidente;

III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

V. Fazer cumprir o regimento.

§ 1º. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de

qualidade.

§ 2º. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

§ 3º. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 18º. São atribuições e competências 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 determinadas pelo presidente;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 (vinte e quatro) horas após o trabalho realizado.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros

da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

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

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CAPITULO I
INTRODUÇÃO

Art.1º. O presente regimento estabelece o funcionamento da Comissão de Proteção Radiológica e define as atividades por ela realizadas.

CAPITULO II
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art.2º. Esta Comissão foi estruturada e organizada conforme determinação da Portaria MS nº 453, de 01 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica, dispõe sobre o uso de raios-X diagnóstico em todo território nacional e dá outras providências. E da Portaria Interministerial MEC/MS nº 285 de 24 de março de 2015 que Redefine o Programa de Certificação de Hospital de Ensino e torna obrigatória a criação da Comissão de Proteção Radiológica.

Art. 3º A Comissão de Proteção Radiológica é um organismo de natureza multidisciplinar, tem como finalidade garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados

observando-se os regulamentos vigentes da proteção radiológica, além de recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Art. 4º As deliberações da Comissão de Proteção radiológica, visando a correção ou reparação de distorções.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica e desencadeadas pelo presidente.

1. CAPITULO III

DAS FINALIDADES

Art. 5º São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

I. Atender as determinações das Portarias MS nº 453, de 01 de junho de 1998 e Portaria Interministerial MEC/MS nº285 de 24 de março de 2015.
II. Analisar e revisar de forma sistemática.
III. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

2. CAPITULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art. 6º A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional do Hospital, abaixo representados:

I. O Segurança do Trabalho como presidente.
II. A Coordenadora da Radiologia, como vice-presidente.

III. Assistente II, como secretaria, assistente II membro da CIPA, membro, outros profissionais quando solicitadas para tratar de assunto pertinentes à Comissão.

Art.7º O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Superintendência do Hospital para alteração.

3. CAPITULO IV
FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art.8º. Deverão ocorrer reuniões semanais, com data, horário e locais previamente definidos no cronograma específico da comissão, sendo realizadas mensalmente. Durante as reuniões, deverão ser avaliados 100% dos óbitos ocorridos no mês anterior. As resoluções da comissão serão tomadas com participação de um número mínimo igual a metade mais 01 (um) de seus integrantes em 1ª convocação e em 2ª convocação após quinze minutos da primeira com qualquer número de participantes.

Art.9º. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou em seis reuniões alternadas sem justificativa, durante 12 meses, implicará em sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros presentes poderão realizar a reunião. Os membros da Comissão de Óbito serão nomeados na ata de abertura.

Art.10º. As decisões da CPR serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples de votos dos membros presentes. Para a apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade de atestado de óbitos ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentara parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido Da mesma forma poderá ser convidado outro profissional gabaritado para participar das reuniões, desde que a autorização em plenária previa.

As reuniões da CPR deverão ser registradas em ata resumida e arquivada contendo data e hora da mesma, nomes e assinaturas dos membros presentes.
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 emergenciais ou urgentes, podendo ser convocadas pelo presidente ou vice da CRO, Diretor Técnico e Diretor Clínico.

ART 11º. A cada mês, os membros deverão realizar análise crítica dos indicadores mensurados pela comissão.

4. CAPITULO VII
ATRIBUIÇÕES

Art. 12º São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica.

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
II. Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;
III. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos serviços;
IV. Assessorar a Superintendência em assuntos de sua competência;
V. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente.

5. CAPITULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CPR do Hospital em conjunto com o Diretor Técnico da Instituição.

Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Este Regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Geral do Hospital.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTTS

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O presente regimento tem por finalidade instituir a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em atendimento a Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 tornando-a a criação da CIHDOTT obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos. A Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017 é a consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS).

No uso das atribuições que lhe confere a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT obedecerá ao disposto neste Regimento.

CAPÍTULO II

CATEGORIA E FINALIDADE

Artigo 2º - A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e tecidos (CIHDOTT) é de natureza clínica e científica permanente, com funções opinativas e educativas.

Artigo 3º - Esta Comissão tem por finalidade assessorar o Diretor Técnico no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento da retirada dos órgãos para transplantes ocorridos na instituição (registros produzidos na assistência integral ao paciente) proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde e à avaliação da qualidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO III

ORGANIZAÇÃO

Composição do Colegiado

Artigo 4º - A CIHDOTT terá composição multidisciplinar e

multiprofissional.

§1. A CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde, deverá estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser médico ou enfermeiro, será o Coordenador.

§2. Não devem integrar equipe de captação de órgãos e tecidos, assim como, não devem integrar equipe de Transplante.

§3. O Coordenador da CIHDOTT poderá ser médico ou enfermeiro deste que a classificação da mesma seja CIHDOTT I ou II.

§4. Caso a CIHDOTT seja classificada categoria III, obrigatoriamente, o coordenador deverá ser médico e possuir carga horária mínima de 20 (vinte horas) semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão.

§3. Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços. As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades relacionadas ao grupo e de avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo mesmo.

§4. O Estabelecimento de saúde deverá solicitar à Central Estadual de Transplantes (CET) autorização de funcionamento da CIHDOTT, informando sua constituição, acompanhada de certidão negativa de infração ética junto ao seu órgão de classe relativa a CIHDOTT.

Artigo 5º - Dentre as indicações efetuadas, a Diretoria/Gerência de Enfermagem e o Diretor Técnico escolherão os membros que comporão a Comissão e promoverá às designações destes, do

Presidente e do Secretário.

Parágrafo Único – As designações serão referendadas pelo Conselho hospitalar.

Artigo 6º - A Diretoria/Gerência de Enfermagem ou o Diretor Técnico poderão, a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da Comissão.

Parágrafo Único: Toda e qualquer alteração de integrantes deverá ser informado ao Diretor Técnico do Hospital, uma vez que a CIHDOTT responde diretamente a essa Diretoria.

Artigo 7º - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três (três) reuniões consecutivas ou a seis (seis) intercaladas no período de 1 (um) ano.

Artigo 8º - As funções dos membros da Comissão não serão remuneradas sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para esse Estabelecimento de Saúde.

Artigo 9º - A Comissão convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 10º- A fim de assegurar os suportes técnicos, científicos e operacionais indispensáveis à eficiência da Comissão, a Diretoria/Gerência de Enfermagem e a Diretoria Clínica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Artigo 11º - A direção do estabelecimento de saúde deverá

prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, e conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão.

§ 1º. A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o *"quórum"* em cada seção antes de cada votação.

§ 2º. O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§3º - As deliberações tomadas *"ad referendum*" deverão ser colocadas na próxima reunião da Comissão para deliberação desta.

§ 4º. 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.

§ 5 º - A votação será nominal.

Artigo 12 - A Comissão observada à legislação vigente e estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 13 - Os expedientes sujeitos à análise da Comissão serão encaminhados a Diretoria Técnica.

Parágrafo Único - Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente da Comissão ou por membro designado.

Artigo 14 - A sequência das reuniões da Comissão será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de ausência, abertura dos trabalhos pelo Secretário;

II. Verificação da presença e existência de "*quórum"*

III. Ciência e aprovação da Ata da reunião anterior

IV. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres.

VI. Organização da pauta da próxima reunião.

Parágrafo Único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 15º - O relator emitirá parecer por escrito, contendo o histórico e o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrina que entender cabíveis a sua conclusão ou voto.

Parágrafo Único - O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 16º - A discussão dos trabalhos será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos

pareceres e resumos dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Artigo 17º - Após a leitura do parecer, o Presidente ou Secretário devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1. O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação.

§ 2. O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3. Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Artigo 18º - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 19º - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 20º - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelo Presidente e pelo Secretário, com o consentimento dos membros.

CAPÍTULO IV
COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES
Seção I
Competência da Comissão de Transplantes

Artigo 21º - Compete a Comissão

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 (UTI) 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 trate 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;

XI. Articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (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 à retirada dos órgãos;

X. Articular-se com as respectiva Central Estadual de Transplantes (CET), Organização de Procura de Órgãos (OPO) 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 CET 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 9.434/1997;

XII. 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 9.434/1997;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme os Formulários I e II do Anexo 19 do Anexo I da Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017;

XV. Apresentar mensalmente os relatórios à CET, conforme o Formulário III do Anexo 19 do Anexo I da Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017;

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 CET 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;

XIX. Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante, do Formulário 1 do Anexo 18 do Anexo I da Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017;

Parágrafo Único: Os indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo relativos à CIHDOTT encontram-se estabelecidos na Portaria nº4 de 28 de setembro de 2017;

Seção II

Atribuições

Artigo 22º - Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, especificamente:

I. Representar a Comissão em suas relações internas e externas

II. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões

III. Promover a convocação das reuniões

IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito no voto desempate

V. Indicar, entre os membros da Comissão, os relatores dos expedientes.

VI. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

VII. Elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "*ad referendum"* desta, nos casos de manifesta urgência.

Parágrafo Único - Cabe ao Secretário substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 23º - Aos membros da Comissão, caberá:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo presidente;

IV. Apresentar proposições sobre as questões atinentes a Comissão.

Artigo 24º - Ao Secretário da Comissão

Caberá:

I. Assistir as reuniões;

II. Encaminhar o expediente da Comissão;

III. Prepara o expediente da Comissão;

IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI. Lavrar termos de abertura e encerramento da ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sobre vigilância;

VII. Elaborar relatos trimestrais das atividades da Comissão;

VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das seções extraordinárias;

XII. Distribuir aos membros da Comissão a pauta das reuniões.

Parágrafo Único - A ata só terá validade com a lista de presença assinada pelos membros que estiverem presentes no dia da reunião.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 25º - O mandato dos componentes da Comissão se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 26º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Internas serão dirimidas pelo Presidente da Comissão e em grau de recurso pelo Diretor Técnico.

Artigo 27º - O presente regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, por meio da maioria absoluta (50% mais um voto) de seus membros, submetido ao Diretor Técnico.

Artigo 28º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Deliberativo, revogadas as disposições em contrário.

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º – O Comitê Transfusional é de natureza técnico científico permanente e tem por finalidade o monitoramento das práticas hemoterápicas e planejamento de programas educacionais na área de medicina transfusional, visando à mudança de comportamento dos docentes, médicos, residentes e alunos, constituindo, dessa

maneira, uma interface entre o corpo clínico hospitalar e o Serviço de Hemoterapia do Hospital.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO ESTRUTURA

Artigo 2º –O Comitê tem composição multidisciplinar e multiprofissional.

Parágrafo Único –O comitê poderá contar com consultores pertencentes à Instituição, com finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Artigo 3º –As indicações para integrar o Comitê Transfusional são submetidas à aprovação da Diretoria Executiva do Hospital, após manifestação da Diretoria Técnica.

Artigo 4º –Os membros do Comitê poderão ter mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período.

Parágrafo Único –O presidente e o secretário do Comitê poderão ser eleitos pelos seus pares, para exercerem estas funções.

CAPÍTULO III
DA COMPETÊNCIA

Artigo 5º –Compete ao Comitê:

I. Desenvolver programas educacionais na área de medicina transfusional;
II. Orientar o correto preenchimento das solicitações de hemotransfusão;
III. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo Hospital, podendo estes serem também em meio eletrônico;

IV. Investigar os incidentestransfusionais e garantir a notificação, pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NUSP à Gerência de Risco através dos Formulários de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusionais (FIT);
V. Criar e monitorar indicadores da eficácia das padronizações propostas;
VI. Analisar estatísticas e gerar relatórios relacionados com o consumo de sangue e hemocomponentes;
VII. Criar mecanismos de auditoria clínica-transfusional.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 6º –Ao presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê e, especificamente:

I. Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
II. Convocar o comitê e presidir suas reuniões;
III. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de voto de desempate;
IV. Indicar, dentre os membros do Comitê, os relatores;
V. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;
VI. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo presidente;
VII. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
VIII. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
IX. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo presidente;
X. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes ao

Comitê.

Artigo 8º –Ao secretário do Comitê caberá:

I. Assistir às reuniões;
II. Preparar e encaminhar o expediente, distribuindo aos membros do Comitê a pauta da reunião;
III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do Comitê;
IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
V. Elaborar e assinar as atas de reuniões do comitê;
VI. Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das reuniões extraordinárias.

CAPÍTULO V
FUNCIONAMENTO

Artigo 9º –O Comitê reunir-se-á, ordinariamente, a cada 02 (dois) meses e, extraordinariamente, quando convocado pelo presidente ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§ 1º –O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quorum” em cada reunião antes de cada votação;

§ 2º –O presidente terá o direito a voto de desempate;

§ 3º –As deliberações tomadas fora das reuniões deverão ser encaminhadas à plenária do Comitê para deliberação deste, na primeira reunião seguinte;

§ 4º –As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em notas endereçadas ao Diretor Técnico;

§ 5º –Será facultado ao presidente e aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Artigo 10º –A rotina das reuniões do Comitê será a seguinte:

I. Verificação da presença do presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo substituto indicado pelo mesmo;
II. Verificação de presença e existência de “quorum”;
III. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
IV. Leitura e despacho do expediente;
V. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VI. Organização da pauta da próxima reunião;
VII. Comunicações breves e franqueamento da palavra maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 11º –A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhada dos pareceres e súmulas.

Parágrafo Único –A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 07 (sete) dias e 01 (um) dia para as extraordinárias.

Artigo 12º –Após leitura do parecer, o presidente ou o seu substituto, deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem:

§ 1º –O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação;

§ 2º –O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º –Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.

Artigo 13º –Após o encerramento das discussões, o assunto poderá ser submetido à votação.

CAPÍTULO VI
DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 14º –A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Direção do Hospital proporcionará a infra-estrutura necessária.

Artigo 15º –O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Artigo 16º –Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a duas intercaladas no período de um ano.

Artigo 17º –O Comitê convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 18º –O relator ou qualquer membro poderá requerer ao presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou

diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 19º –Os casos omissos serão resolvidos pelo Comitê em conjunto com a Diretoria Técnica do Hospital.

Artigo 20º –Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação pela Superintendência do Hospital.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CAPTAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE

CAPÍTULO I
DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º – A Comissão de captação de doadores de sangue da instituição é de natureza técnico científico permanente e tem por finalidade otimizar o processo de captação de doadores de sangue.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 2º – A comissão tem composição multidisciplinar e multiprofissional. Será composto por no mínimo:

I. 1 médico;
II. 1 assistente social ou psicólogo;

III. 1 enfermeiro;
IV. 1 responsável pela agência transfusional;
V. 1 farmacêutico ou biomédico;

Parágrafo Único – A comissão poderá contar com consultores pertencentes à Instituição, com finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Artigo 3º – As indicações para integrar a Comissão de captação de doadores de sangue são submetidas à aprovação da Diretoria Geral da instituição, após manifestação da Diretoria Técnica.
Artigo 4º – Os membros da comissão poderão ter mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período.

Parágrafo Único – O presidente e o secretário da comissão poderão ser eleitos pelos seus pares, para exercerem estas funções.

CAPÍTULO III
DA COMPETÊNCIA
Artigo 5º – Compete a comissão:

I. Desenvolver programas educacionais na área de doação de sangue;
II. Orientar os colaboradores, pacientes e acompanhantes sobre o processo de doação de sangue;
III. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pela unidade, podendo estes serem também em meio eletrônico;
IV. Investigar os incidentes transfusionais e garantir a notificação, pelo Núcleo de Segurança do Paciente através dos Formulários

de Notificação e Investigação de Incidentes;

V. Criar e monitorar indicadores da eficácia das padronizações propostas;

VI. Analisar estatísticas e gerar relatórios relacionados com a doação de sangue;

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 6º – Ao presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da comissão e, especificamente:

I. Representar a comissão em suas relações internas e externas;

II. Convocar a comissão e presidir suas reuniões;

III. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de voto de desempate;

IV. Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores;

V. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão.

Artigo 7º – Aos membros competirá:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo presidente;

II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à comissão;

Artigo 8º – Ao secretário da comissão caberá:

I. Assistir às reuniões;
II. Preparar e encaminhar o expediente, distribuindo aos membros da comissão a pauta da reunião;
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. Elaborar e assinar as atas de reuniões da comissão;
VI. Providenciar, por determinação do presidente, a convocação das reuniões extraordinárias.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Artigo 9º – A comissão reunir-se-á, ordinariamente, a cada 02 (dois) meses e, extraordinariamente, quando convocado pelo presidente ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§ 1º – A comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada reunião antes de cada votação;

§ 2º – O presidente terá o direito a voto de desempate;

§ 3º – As deliberações tomadas fora das reuniões deverão ser encaminhadas à plenária da comissão para deliberação deste, na primeira reunião seguinte;

§ 4º – As deliberações da comissão serão consubstanciadas em notas endereçadas ao Diretor Técnico;

§ 5º – Será 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;

Artigo 10º – A rotina das reuniões da comissão será a seguinte:

I. Verificação da presença do presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo substituto indicado pelo mesmo;
II. Verificação de presença e existência de “quorum”;
III. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
IV. Leitura e despacho do expediente;
V. Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VI. Organização da pauta da próxima reunião;
VII. Comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 11º – A ordem do dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhada dos pareceres e súmulas.

Parágrafo Único – A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 07 (sete) dias e 01 (um) dia para as extraordinárias.

Artigo 12º – Após leitura do parecer, o presidente ou o seu substituto, deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem:

§ 1º – O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação;

§ 2º – O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º – Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.

Artigo 13º – Após o encerramento das discussões, o assunto poderá ser submetido à votação.

CAPÍTULO VI
DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 14º – A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da comissão, a Direção da unidade proporcionará a infra-estrutura necessária.

Artigo 15º – A comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Artigo 16º – Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a duas intercaladas no período de um ano.

Artigo 17º – A comissão convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 18º – O relator ou qualquer membro poderá requerer ao presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos

assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 19º – Os casos omissos serão resolvidos pela comissão em conjunto com a Diretoria Técnica da unidade.

Artigo 20º – Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação pela Diretoria Geral.

REGIMENTO INTERNO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

DA INTRODUÇÃO

A Comissão de Revisão de Documentação Médica e Estatística objetiva promover as medidas normativas e técnicas de Controle de Execução das normas de preenchimento, arquivamento, guarda e recuperação dos dados contidos nos mesmos, segundo a Resolução nº 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação desta comissão nas instituições de saúde.

DAS COMPETÊNCIAS

Abaixo listamos o Artigo 1º ao 6º da Resolução nº 1.638/2002, que detalha a importância desta Comissão.

Art. 1º – Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter

legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º – Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º – Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º – A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º – Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a . Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, 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;

d. 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 obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. 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.

II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º – A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

DA FORMA DE NOMEAÇÃO

A Diretoria Administrativa será ocupada por pessoa selecionada por um Comitê composto por membros do Conselho Gestor, Presidência Executiva do IBGH e Diretor Geral do Hospital, selecionado a partir de análise curricular que comprove qualificação para o atendimento das competências específicas. Os procedimentos e critérios para seleção estão definidos na Resolução do Conselho Gestor Resolução de Conselho Gestor.

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar, organizar, controlar e assessorar o serviço nas áreas de gestão de pessoas, patrimônio, materiais, informações, financeira, tecnológica, entre outras;
II. Implementar programas e projetos;
III. Elaborar planejamento organizacional;
IV. Promover estudos de racionalização e controlar o desempenho do serviço;
V. Prestar auditoria interna de qualidade seguindo metodologia adotada pela Empresa;
VI. Colaborar com a assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

VII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo;

VIII. Validar e dirigir as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil no âmbito do Serviço de Saúde;

IX. Assinar os processos financeiros para pagamento, após a análise da Presidência Executiva e Superintendência Administrativa do IBGH e Diretoria Geral do Hospital;

X. Validar e dirigir as políticas de gestão da logística e infraestrutura hospitalar e de gestão de pessoas;

XI. Implementar a política de gestão de infraestrutura física, equipamentos médicos e laboratoriais e insumos para o hospital, em consonância com a Gerência de Logística e Infraestrutura Hospitalar, orientada na ampliação e qualificação do seu parque tecnológico, incorporação e uso racional de insumos e novas tecnologias;

XII. Analisar e estabelecer a utilização de sistemas de processamento de dados e estudar e pesquisar o desenvolvimento de equipamentos, programas, aplicativos e adequação dos sistemas de programação para a organização e o gerenciamento da informação, de modo racional e automatizado.

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO - TI

DAS COMPETÊNCIAS

I. Gerenciar os serviços relacionados à Tecnologia da Informação facilitando intensificando a comunicação pessoal e institucional;

II. Elaborar projetos de implementação, manutenção e administração de estrutura de redes e ativos que compõem a tecnologia da informação do Hospital;;

III. Propor diretrizes para:

a) consecução dos processos que envolvam tecnologia da informação;
b) elaboração do planejamento de tecnologia que contemple as necessidades institucionais;;
c) adoção de padrões e metodologias a serem utilizados nos documentos, procedimentos e funcionalidades dos sistemas.

IV. Implantação de:

a) normas gerais de segurança, a fim de garantir a integridade das informações armazenadas no banco de dado;
b) de projetos de substituição do parque tecnológico, de aquisição e de instalação de novos equipamentos.

V. Organizar as ações de capacitação para a implantação dos recursos de tecnologia;

VI. Executar serviços de suporte, instalação e manutenção de servidores, hardwares e softwares no âmbito do Hospital;

VII. Por meio do Serviço de Manutenção, Suporte e Rede:

a) administrar e monitorar a rede do Hospital;
b) controlar o atendimento aos usuários de “software” e “hardware”;

VIII. Por meio do Serviço de Sistemas e Web, administrar, monitorar e controlar projetos de desenvolvimento de sistemas e Web;

IX. Por meio do Serviço de Banco de Dados, administrar servidores, banco de dados e laboratórios de Tecnologia da Informação.

COORDENAÇÃO DE PATRIMÔNIO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Participar da elaboração do plano diretor arquitetônico e urbanístico da Instituição;

II. Identificar demandas e solicitar obras e instalações de interesse da Instituição;

III. Identificar demandas e solicitar reformas e adaptações nas dependências da Instituição;

IV. Manter em boas condições de funcionamento e uso os equipamentos, materiais e instalações;

V. Inspecionar, periodicamente, instalações hidráulicas e elétricas, mantendo as em perfeito funcionamento;

VI. Inspecionar, periodicamente, equipamentos e dispositivos de segurança contra incêndios e promover medidas necessárias à sua instalação, manutenção e reparos;

VII. Promover, controlar e executar as atividades relativas à manutenção e conservação das edificações da Instituição;

VIII. Solicitar a aquisição de materiais e/ou a execução de serviços de terceiros necessários para manutenção e conservação de móveis, equipamentos, instalações hidráulicas, elétricas, prediais e de telecomunicações.

COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS - RH

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Recursos Humanos;

II. Elaborar Políticas de Admissão, de Remanejamento e Plano de Carreira no Hospital;

III. Realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor do Hospital;

IV. Manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos servidores do Hospital;

V. Fazer registro diário dos serviços prestados;

VI. Controlar a concessão de férias e licenças dos servidores, mediante cronogramas elaborados pelas Diretorias e Gerências do Hospital;

VII. Controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;

VIII. Informar aos Diretores e Gerentes imediato o afastamento do servidor por gala, nojo e serviços obrigatórios por lei;

IX. Receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado no Hospital;

X. Informar regularmente à Coordenação de RH as notificações de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores para fins de elaboração de folha de pagamento e registro na ficha funcional;

XI. Elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão;

XII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XIV. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XV. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

DOS SERVIÇOS DE RECURSOS HUMANOS

DAS COMPETÊNCIAS

I. Promover a avaliação e controle dos programas, projetos, ações e atividades da área de recursos humanos;

II. Diagnosticar, formular, definir, coordenar e supervisionar o desenvolvimento e a implantação de novos procedimentos computacionais;

III. Manter e atualizar, em sua área de competência, os dados e informações cadastrais, funcionais e financeiras relativas ao Sistema Integrado de Recursos Humanos;

IV. Efetuar o controle de provimento e vacância de cargos efetivos e comissionados e funções de acordo com a necessidade de cada unidade, considerando as nomeações, exonerações, demissões, aposentadorias e falecimento dos servidores;

V. Promover a admissão e nomeação de servidores efetivos, comissionados e temporários para o Serviço de Saúde, bem como a designação e dispensa de função de confiança, gratificação de função e função gratificada, controlando e analisando a acumulação de cargos, empregos e funções públicas;

VI. Normatizar, controlar, acompanhar e executar os procedimentos para operacionalização de concursos públicos e processos seletivos simplificados de forma articulada com o órgão central e normativo;

VII. Coordenar e analisar as solicitações de movimentação de pessoal, através dos mecanismos de relocação, remoção por perícia médica, atribuição de exercício e disposição, visando o interesse institucional e funcional, ressalvada a competência do órgão central e normativo;

VIII. Controlar e dar manutenção nas tabelas locacionais de acordo com a estrutura organizacional;

IX. Supervisionar e operacionalizar o recadastramento anual dos servidores inativos;

X. Propor, desenvolver e implantar procedimentos, fluxos e mecanismos de controle visando à consolidação das informações, assegurando a qualidade e eficiência na gestão e operacionalização dos procedimentos de recursos humanos em consonância com a legislação vigente;

XI. Proceder ao levantamento dos elementos necessários à elaboração da proposta orçamentária, relativamente às despesas com vencimentos e vantagens de pessoal;

XII. Controlar, acompanhar e operacionalizar os procedimentos e rotinas relativas à alimentação e processamento da folha de pagamento mensal, informando quando detectado o processamento indevido de vantagens, gratificações, benefícios e parcelas variáveis, assim como aquelas inclusões com significativo impacto financeiro;

XIII. Elaborar relatórios gerenciais, acompanhar, avaliar e controlar o crescimento vegetativo da folha de pagamento;

XIV. Analisar e propor a criação e alteração dos códigos e rotinas que venham interferir direta ou indiretamente na composição ou base de cálculo dos códigos de proventos e descontos nos módulos da folha de pagamento;

XV. Elaborar relatórios gerenciais de repercussão financeira e crescimento vegetativo da folha, proporcionando aos gestores informações para construção de cenários, visando à tomada de decisões quanto à política de remuneração funcional;

XVI. Identificar o pagamento de vantagens, gratificações, benefícios e parcelas variáveis em discordância com a legislação vigente,

propondo medidas corretivas e disciplinares no âmbito sistêmico, com o objetivo de evitar a repetição de erros;

XVII. Realizar diligências in loco nas Unidades administrativas descentralizadas, com o objetivo de verificar a conformidade das informações;

XVIII. Organizar, administrar e controlar a jornada de trabalho, as escalas de serviço, sobreaviso e de hora-plantão, fiscalizando os registros de frequências nas Unidades, bem como o cumprimento das respectivas escalas;

XIX. Supervisionar, orientar e efetuar o controle de usufruto de férias, licença-prêmio e demais afastamentos dos servidores, bem como emitir parecer referente a licença para tratamento de interesses particulares, afastamento para o exercício de mandato eletivo, afastamento do país e licença especial para exercício de cargo de direção de sindicato;

XX. Constituir, formalizar, analisar e promover a instrução dos procedimentos administrativos de sindicância e processos administrativos disciplinares, controlando a designação de membros para comporem as respectivas comissões e dando suporte para a execução dos respectivos procedimentos;

XXI. Desenvolver outras atividades determinadas pela Coordenação de Recursos Humanos, no âmbito de sua atuação.

DO SERVIÇO DE CONTROLE DE RECURSOS HUMANOS - RH

DAS COMPETÊNCIAS

I. Promover a avaliação e controle dos programas, projetos, ações e atividades da área de recursos humanos;

II. Diagnosticar, formular, definir, coordenar e supervisionar o desenvolvimento e a implantação de novos procedimentos computacionais;

III. Manter e atualizar, em sua área de competência, os dados e informações cadastrais, funcionais e financeiras de Recursos Humanos;

IV. Efetuar o controle de provimento e vacância de cargos efetivos e comissionados e funções de acordo com a necessidade de cada unidade, considerando as nomeações, exonerações, demissões, aposentadorias e falecimento dos servidores;

V. Promover a admissão e nomeação de servidores efetivos, comissionados e temporários para o Serviço de Saúde, bem como a designação e dispensa de função de confiança, gratificação de função e função gratificada, controlando e analisando a acumulação de cargos, empregos e funções públicas;

VI. Normatizar, controlar, acompanhar e executar os procedimentos para operacionalização de concursos públicos e processos seletivos simplificados de forma articulada com o órgão central e normativo;

VII. Coordenar e analisar as solicitações de movimentação de pessoal, através dos mecanismos de relotação, remoção por

perícia médica, atribuição de exercício e disposição, visando o interesse institucional e funcional, ressalvada a competência do órgão central e normativo;

VIII. Controlar e dar manutenção nas tabelas lotacionais de acordo com a estrutura organizacional;

IX. Supervisionar e operacionalizar o recadastramento anual dos servidores inativos;

X. Propor, desenvolver e implantar procedimentos, fluxos e mecanismos de controle visando à consolidação das informações, assegurando a qualidade e eficiência na gestão e operacionalização dos procedimentos de recursos humanos em consonância com a legislação vigente;

XI. Proceder ao levantamento dos elementos necessários à elaboração da proposta orçamentária, relativamente às despesas com vencimentos e vantagens de pessoal;

XII. Controlar, acompanhar e operacionalizar os procedimentos e rotinas relativas à alimentação e processamento da folha de pagamento mensal, informando quando detectado o processamento indevido de vantagens, gratificações, benefícios e parcelas variáveis, assim como aquelas inclusões com significativo impacto financeiro;

XIII. Elaborar relatórios gerenciais, acompanhar, avaliar e controlar o crescimento vegetativo da folha de pagamento;

XIV. Analisar e propor a criação e alteração dos códigos e rotinas que venham interferir direta ou indiretamente na composição

ou base de cálculo dos códigos de proventos e descontos nos módulos da folha de pagamento;

XV. Elaborar relatórios gerenciais de repercussão financeira e crescimento vegetativo da folha, proporcionando aos gestores informações para construção de cenários, visando à tomada de decisões quanto à política de remuneração funcional;

XVI. Identificar o pagamento de vantagens, gratificações, benefícios e parcelas variáveis em discordância com a legislação vigente, propondo medidas corretivas e disciplinares no âmbito sistêmico, com o objetivo de evitar a repetição de erros;

XVII. Realizar diligências in loco nas Unidades administrativas descentralizadas, com o objetivo de verificar a conformidade das informações registradas;

XVIII. Organizar, administrar e controlar a jornada de trabalho, as escalas de serviço, sobreaviso e de hora-plantão, fiscalizando os registros de frequências nas Unidades, bem como o cumprimento das respectivas escalas;

XIX. Supervisionar, orientar e efetuar o controle de usufruto de férias, licença-prêmio e demais afastamentos dos servidores, bem como emitir parecer referente à licença para tratamento de interesses particulares, afastamento para o exercício de mandato eletivo, afastamento do país e licença especial para exercício de cargo de direção;

XX. Constituir, formalizar, analisar e promover a instrução dos procedimentos administrativos de sindicância e processos administrativos disciplinares, controlando a designação de

membros para comporem as respectivas comissões e dando suporte para a execução dos respectivos procedimentos;

XXI. Desenvolver outras atividades determinadas Coorde no âmbito de sua atuação.

DO SESMT

DAS COMPETÊNCIAS

I. Gerenciar:

a. os programas e a comissão atrelados às Normas Regulamentadoras do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;

b. as atividades de medicina do trabalho;

II. Promover e implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à manutenção da saúde e da integridade dos servidores;

III. Monitorar a Brigada de Combate a Incêndios;

IV. Registrar os dados atualizados de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e agentes de insalubridade, notificando, quando necessário, a vigilância sanitária da Secretaria da Saúde;

V. Assistir o Diretor Geral do Hospital em assuntos referentes à Saúde do Trabalhador;

VI. Colaborar nos projetos e na implantação de novas instalações

físicas e tecnológicas do Hospital;

VII. Em relação aos servidores do Hospital:

a. Prestar assistência médica, psicológica, social e de enfermagem, em regime ambulatorial;

b. Propor medidas de redução ou eliminação dos riscos existentes à saúde, inclusive a utilização de equipamentos de proteção;

c. Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação, referentes às questões de saúde e segurança do trabalho;

d. Realizar exames médicos ocupacionais, admissionais e demissionais, quando for o caso, observando os prazos previstos na legislação pertinente;

e. Emitir laudos para concessão de licença para tratamento de saúde, obedecendo aos limites legais;

f. Efetuar acompanhamento médico de acidente do trabalho;

g. Implementar medidas de promoção da saúde e de proteção da integridade, de acordo com a legislação vigente.

COORDENAÇÃO SAME E FATURAMENTO

DO SERVIÇO DE FATURAMENTO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da supervisão de contabilidade, supervisão de tesouraria e supervisão de Faturamento;

II. Executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária,

III. Registros contábeis, pagamentos e recebimentos;

IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

V. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VI. Estimular a prática multiprofissional no Hospital;

VII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

DO SAME

DAS COMPETÊNCIAS

I. Realizar pesquisas da situação real de ocupação da unidade de saúde em qualquer momento, congelando este e, mostrando os Pacientes que estavam internados por unidade, Médico e Convênio;

II. Apresentar de forma institucional indicadores de leito dia, taxa de permanência, taxa de ocupação, índice de rotatividade, taxa de mortalidade institucional, taxa de mortalidade geral, quantidades de transferências, quantidades de altas, quantidades de transferências internas (entradas e saídas

entre enfermarias);

III. Gerenciar os indicadores e enviar on-line à SES/RJ;

IV. Apresentar de forma institucional e por unidades de atendimento de internação os indicadores por período histórico do ano anterior em comparação com atual auxiliando na tomada de decisão;

V. Informar também os índices de Atendimento de cada Médico, especialidade e Convênio em relação ao período escolhido, criando assim, uma importante ferramenta para a negociação, em cima de dados reais de produção;

VI. Apresentar informações de produções de exames de laboratórios, anatomia patológica e imagens por um determinado período, com visão consolidada por grupo e analítica por item de código de controle e descrição;

VII. Permitir que sejam parametrizados relatórios sobre as diversas atividades relacionadas ao atendimento dos pacientes nas diversas unidades do Hospital.

COORDENAÇÃO DE LOGÍSTICA E ALMOXERIFADO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Implantar, fiscalizar e executar a gestão adequada de suprimentos, evitando faltas ou excessos no estoque, gerenciar as negociações de compras otimizando prazos, reduzindo custos e zelando pela qualidade de todos os produtos e equipamentos adequados;

II. Participar das Comissões vigentes no Hospital;

III. Participar na padronização dos materiais médico-hospitalares;

IV. Assegurar o reabastecimento racional dos insumos reembolsáveis e não reembolsáveis necessários à manutenção do fluxo operacional do serviço;

V. Aprovar pedidos gerados pela Central de Compras através do Sistema Integrado;

VI. Sugerir inclusão ou exclusão de produtos na padronização de materiais quando necessário;

VII. Responsabilizar-se legalmente perante a vigilância sanitária pelos suprimentos do Hospital;

VIII. Elaborar escalas de serviços e folgas de seus colaboradores de maneira que haja rodízio das atividades e descanso para todos;

IX. Orientar seus colaboradores sobre o uso de EPI´s para que não haja acidentes;

X. Treinar novos colaboradores quanto à realização dos serviços, para manter o padrão de qualidade;

XI. Manter o controle e análise das curvas A, B, C, bem como X, Y, Z;

XII. Definir os parâmetros para as negociações ou negociar diretamente com fornecedores as bases e as condições para o fornecimento, para a aquisição de produtos e equipamentos com preços e condições satisfatórios à empresa;

XIII. Gerenciar os colaboradores do serviço de Farmácia, compras

e almoxarifado avaliando o desempenho dos mesmos através de indicadores;

XIV. Decidir sobre compras conforme regulamento de compras aprovado pela instituição;

XV. Executar outras atividades correlatas às já descritas, a critério de seu superior ou da demanda do Hospital;

XVI. Inspecionar o inventário do almoxarifado, seguindo o cronograma estabelecido pela Diretoria Administrativa;

XVII. Elaborar fluxogramas, Procedimento de Gestão e Instruções de Trabalho relativas ao serviço executado;

XVIII. Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes;

XIX. Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão do IBGH (Programas da Qualidade);

XX. Conhecer, divulgar e fazer cumprir os procedimentos contidos no Manual de Gestão, Procedimentos de Gestão, Instruções de trabalho e manual do colaborador;

XXI. Executar outras tarefas correlatas à área e ao cargo.

DO SERVIÇO DE SUPRIMENTOS

DAS COMPETÊNCIAS

I. Executar o controle de estoque;

II. Elaborar pedidos de compras para formação ou reposição de estoque;

III. Receber, conferir e armazenar materiais de consumo;

IV. Distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;

V. Controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições constantes nos contratos, comunicando ao diretor do departamento eventuais irregularidades cometidas;

VI. Manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;

VII. Realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, dos materiais em estoque;

VIII. Zelar pela conservação dos materiais em estoque;

IX. Efetuar levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento do hospital.

COORDENAÇÃO DE CONTRATOS/FINANCEIRA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Estudar, acompanhar, controlar e programar os recursos

financeiros de assistência à saúde bem como seus destinos por especificidade de acordo com o deferido pela SES/RJ;

II. Analisar, criar e propor os critérios de alocação dos recursos financeiros de assistência à saúde e dos incrementos financeiros destinados ao Hospital;

III. Realizar estudos e análises de índices sócio-econômicos, de níveis de abrangência, parâmetros de cobertura e de Protocolos de atuação médica e assistencial coerentes com os indicadores de saúde recomendado;

IV. Realizar, avaliar e coordenar os estudos de encaminhamentos intermunicipais, inter-regionais e interestaduais dos serviços prestados na assistência hospitalar por nível de complexidade;

V. Promover a coleta e armazenamento de dados mantendo atualizado a situação e seguimento ao Planejamento Financeiro;

VI. Controlar e acompanhar a Programação Financeira por grupo e por procedimento de alta e média complexidade hospitalar dos prestadores de serviços de assistência à saúde;

VII. Dimensionar as potencialidades dos prestadores de serviços de assistência à saúde, visando à execução da Programação Financeira alta e média complexidade hospitalar;

VIII. Elaborar, de acordo com as instruções normativas, a

proposta de Orçamento Anual de Investimentos;

IX. Elaborar sistema de controle e acompanhamento orçamentário dentro dos critérios estabelecidos pelas Normativas, Recomendações e Legislações vigentes Federal e Estadual;

X. Estudar, acompanhar, definir e criar mecanismos de controle da execução orçamentária dos projetos e atividades inclusive de projetos especiais visando identificar desvios, bem como suas origens, sugerindo soluções alternativas;

XI. Registrar e controlar a abertura e utilização de créditos especiais, adicionais e outras dotações concedidas;

XII. Operar e manter atualizados os mecanismos adotados para controle da execução orçamentária;

XIII. Avaliar e realizar as alterações orçamentárias considerando os critérios, as diretrizes e as metas estabelecidas;

XIV. Elaborar relatórios referentes aos resultados da execução orçamentária;

XV. Atuar rigorosamente na Gestão de contratos para o acompanhamento da prestação de serviço e pagamento de acordo com o produto contratado e recebido.

DO SERVIÇO DE CONTRATOS/FINANCEIRA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Estudar, acompanhar, controlar e programar os recursos financeiros de assistência à saúde bem como seus destinos por especificidade de acordo com o deferido pela SES/RJ;

II. Analisar, criar e propor os critérios de alocação dos recursos financeiros de assistência à saúde e dos incrementos financeiros destinados ao Hospital;

III. Realizar estudos e análises de índices sócio-econômicos, de níveis de abrangência, parâmetros de cobertura e de Protocolos de atuação médica e assistencial coerentes com os indicadores de saúde recomendado;

IV. Realizar, avaliar e coordenar os estudos de encaminhamentos intermunicipais, inter-regionais e interestaduais dos serviços prestados na assistência hospitalar por nível de complexidade;

V. Promover a coleta e armazenamento de dados mantendo atualizado a situação e seguimento ao Planejamento Financeiro;

VI. Controlar e acompanhar a Programação Financeira por grupo e por procedimento de alta e média complexidade hospitalar dos prestadores de serviços de assistência à saúde;

VII. Dimensionar as potencialidades dos prestadores de serviços de assistência à saúde, visando à execução da Programação Financeira alta e média complexidade hospitalar;

VIII. Elaborar, de acordo com as instruções normativas, a proposta de Orçamento Anual de Investimentos;

IX. Elaborar sistema de controle e acompanhamento orçamentário

dentro dos critérios estabelecidos pelas Normativas, Recomendações e Legislações vigentes Federal e Estadual;

X. Estudar, acompanhar, definir e criar mecanismos de controle da execução orçamentária dos projetos e atividades inclusive de projetos especiais visando identificar desvios, bem como suas origens, sugerindo soluções alternativas;

XI. Registrar e controlar a abertura e utilização de créditos especiais, adicionais e outras dotações concedidas;

XII. Operar e manter atualizados os mecanismos adotados para controle da execução orçamentária;

XIII. Avaliar e realizar as alterações orçamentárias considerando os critérios, as diretrizes e as metas estabelecidas;

XIV. Elaborar relatórios referentes aos resultados da execução orçamentária;

XV. Atuar rigorosamente na Gestão de contratos para o acompanhamento da prestação de serviço e pagamento de acordo com o produto contratado e recebido.

DO SERVIÇO DE COMPRAS

DAS COMPETÊNCIAS

I. Articular-se com a Administração de Material e Serviços, com vistas ao cumprimento das normas técnicas estabelecidas relativas à aquisições/contratações de bens, serviços, locações e seguros;

II. Programar, orientar, coordenar, executar e controlar as atividades relacionadas com aquisições/contratações de bens, serviços, locações e seguros;

III. Programar, orientar, coordenar, executar e controlar as atividades relacionadas à classificação, padronização e codificações de materiais, com auxílio das áreas técnicas do Hospital;;

IV. Formalizar e/ou realizar, os processos licitatórios e demais processos de compra, para atender as necessidades do Hospital, com base em orientação técnica, bem como da Gerência Administrativa, de acordo com a legislação vigente;

V. Adquirir e/ou contratar, por meio da emissão de Autorização de Fornecimento e Autorização de Serviço;

VI. Formalizar contrato para os bens, serviços, locações e seguros, objetos das licitações e compras necessárias para atender o Hospital;

VII. Controlar a execução dos contratos, bem como a entrega dos materiais, por parte dos fornecedores;

VIII. Controlar a execução dos contratos, por parte do IBGH, providenciando as alterações que se fizerem necessárias no decorrer das vigências dos mesmos, de acordo com as necessidades do Hospital;

IX. Instaurar processo de aplicação de advertências, penalidades e sanções aos fornecedores que descumprirem as obrigações contratuais assumidas com o IBGH, com auxílio da Consultoria

Jurídica, Gerência de Administrativa e Diretoria Geral do Hospital;;

x. Controlar os preços contratados, bem como analisar, julgar e tomar as providências relativas aos reajustes e revisões contratuais, com o auxílio da Diretoria Jurídica do IBGH.

DO SERVIÇO DE PAGAMENTOS E LIQUIDAÇÃO DE DESPESAS

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas;

II. Receber, guardar, entregar, pagar e restituir, mediante comprovação, quaisquer valores do Hospital ou do paciente sob autorização da Superintendência Administrativa do IBGH;;

III. Proceder diariamente o registro dos pagamentos e recebimentos efetuados e a verificação de saldos existentes em caixa, emitindo boletim financeiro;

IV. Efetuar pagamentos dos processos de aquisição de materiais, prestação de serviços e folha de pagamento;

V. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VI. Manter contato com a coordenação financeira objetivando a eficiência

VII. Administrativa dos serviços hospitalares;

VIII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como

mantê-lo atualizado.

COORDENAÇÃO DE HOTELARIA HOSPITALAR

DA FORMAÇÃO

I. Ser profissional com formação em ensino superior;
II. Experiência comprovada de 2 (dois) anos em Hotelaria Hospitalar, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública;
III. É obrigatório possuir especialização em Hotelaria hospitalar.

DAS COMPETÊNCIAS

I. Articular com a Direção da unidade e SES as mudanças necessárias;
II. Ser referência para os profissionais da unidade, estar sempre identificado, uniformizado, ter postura profissional;
III. Monitorar os serviços prestados, relacionados ao conforto e segurança do paciente, serviço de nutrição, serviço de lavanderia/rouparia, serviço de higiene, atendimento ao público e humanização;
IV. Propor mudanças de fluxos, caso seja necessário, e intermediar os subsídios para que elas ocorram;
V. Criar parceria com CCIRAS para promoção de treinamentos, orientações aos colaboradores ASG;
VI. Realizar diariamente visita nos setores de internação, com olhar crítico e conversar com os pacientes sobre o tratamento que estão recebendo;

VII. Reportar-se aos fiscais de contrato sempre que se fizer necessário;

VIII. Conhecer o conteúdo dos contratos que estão sobre sua gerência;

IX. Discutir e efetuar as sugestões fornecidas pelo Grupo de Hotelaria da SES;

X. Ser elemento de motivação para as equipes mantendo relacionamento saudável;

XI. Ser criativo, buscando conhecimento em leituras e pesquisa para enriquecer o seu trabalho;

XII. Articular com Direção Geral, ou quem for de responsabilidade, a padronização dos uniformes dos funcionários administrativos e assistenciais conforme estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde;

XIII. Promover capacitação dos profissionais administrativos para atendimento ao público;

XIV. Organizar e dispensar kits de enxoval;

XV. Disponibilizar leitos com colchão e travesseiros higienizados;

XVI. Criar/otimizar espaços e ambientes de convivência que favoreçam e contribuam para o bem-estar dos pacientes e profissionais; de forma a minimizar o impacto do ambiente intra-hospitalar;

XVII. Solicitar sempre que necessário, comunicação visual conforme padrão da SES;

XVIII. Articular com a Direção reformas necessárias: cozinhas, refeitórios, banheiros, enfermarias e vestiários seguindo legislação vigente;

XIX. Realizar diariamente visita nos setores de internação, com olhar crítico e conversar com os pacientes sobre o tratamento

que estão recebendo;

XX. Implantar projetos de sustentabilidade na unidade com pactuação com a Hotelaria da SES;

XXI. Reportar-se aos fiscais de contrato sempre que se fizer necessário;

XXII. Conhecer o conteúdo dos contratos que estão sobre sua Gerência;

XXIII. Ser elemento de motivação para as equipes mantendo relacionamento saudável;

XXIV. Ser criativo, buscando conhecimento em leituras e pesquisa para enriquecer o seu trabalho.

DO SERVIÇO DE HIGIENE HOSPITALAR

DAS COMPETÊNCIAS

I. Por meio da Coordenação de Hotelaria Hospitalar, observadas as determinações da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde e normas técnicas pertinentes:

a) Zelar pela correta higienização do ambiente hospitalar e implementar ações de controle:
b) De pragas e roedores;
c) De resíduos de serviços saúde;
d) E prevenção de riscos sanitários, ambientais e ocupacionais.

II. Supervisionar a higiene hospitalar e acompanhar a realização dos serviços de limpeza, conservação, dedetização de pragas,

limpeza de caixa d'água e poda de árvores nas áreas internas e externas do Hospital;

III. Distribuir o material de consumo e de higiene a serem utilizados nas Unidades hospitalares;

IV. Conservar áreas externas, pátios, jardins e estacionamentos;

V. Fomentar ações de sustentabilidade e respeito ao meio ambiente.

DO SERVIÇO DE GESTÃO DE RESÍDUOS

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela coordenação de resíduos de serviços de saúde;

II. Elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde - PGRSS, estabelecendo as diretrizes de manejo dos resíduos sólidos de saúde, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;

III. Supervisionar o Serviço de Limpeza;

IV. Gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública,

dos recursos naturais e do meio ambiente;

V. Fazer registro diário dos serviços prestados;

VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

DO SERVIÇO DE ACESSO HOSPITALAR

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar os fluxos de pessoas e controles de acesso do Hospital;

II. Implantar Políticas de acesso do Hospital.

DO SERVIÇO DE TRANSPORTE

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

II. Realizar atividades referentes a consertos de materiais e equipamentos hospitalares, no próprio serviço ou terceirizados, solicitando autorização da Diretoria Administrativa;

III. Fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. Estabelecer cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos e veículos;

V. Operar e manter em regular funcionamento os equipamentos geradores de energia elétrica e vapor; fazendo revisões periódicas dos mesmos e de suas redes de distribuição;

VI. Requisitar, conforme cronograma pré-estabelecido, à supervisão de almoxarifado e patrimônio combustível e óleos lubrificantes e outros materiais necessários à boa conservação e funcionamento dos equipamentos e veículos sob sua responsabilidade;

VII. Manter plantões durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia para os serviços de Gasoterapia e transporte;

VIII. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela coordenação;

IX. Executar os serviços de transporte, conforme solicitações prévias das do Hospital sob autorização das Diretorias;

X. Manter contato com a diretoria administrativa e financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

DO SERVIÇO DE LAVANDERIA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Controlar, armazenar e distribuir, mediante requisição, o estoque de roupa hospitalar, garantindo seu suprimento;

II. Confeccionar e providenciar o reparo de a roupa hospitalar, mantendo-as em condições de uso;

III. Proceder:

   a. Acompanhar e supervisionar, a coleta, retirada, lavagem e fornecimento da roupa hospitalar e enxovais;

   b. Quando for o caso, junto às empresas gestoras de contratos terceirizados, a conferência dos dados relacionados à sua área de atuação.

COORDENAÇÃO DE INFRAESTRUTURA/ENGENHARIA CLÍNICA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Coordenar, controlar e executar serviços relacionados com engenharia, infraestrutura, comunicações administrativas e outras atividades administrativas complementares ao âmbito de atuação do Hospital;

II. Propor e implantar projetos de adaptações ou ampliações para a área física do Hospital;

III. Colaborar na confecção de plantas e de projetos das instalações físicas prediais e especiais do hospital e outros

relacionados à sua área de atuação;

IV. Garantir as manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos médico-hospitalares.

DO SERVIÇO DE PATRIMÔNIO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Estabelecer as normas, diretrizes e procedimentos para o controle patrimonial do Hospital;
II. Estabelecer objetivos e metas;
III. Orientar as equipes de patrimônio quanto à execução das atividades ora estabelecidas;
IV. Analisar os relatórios referentes aos resultados de cada unidade;
V. Atender às solicitações externas;
VI. Realizar visitas técnicas nas unidades para acompanhamento das atividades;
VII. Emitir relatórios, informando à SES a situação do Patrimônio de cada unidade.
VIII. Apoiar a gerência;
IX. Acompanhar a execução das atividades ora estabelecidas junto às equipes de patrimônio das unidades;
X. Acompanhar o cumprimento da emissão de controles e informes gerenciais;
XI. Encaminhar as solicitações de descartes de bens inservíveis à SES/RJ.

DO SERVIÇO DE ENGENHARIA HOSPITALAR

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar, coordenar, supervisionar e executar, quando for o caso, serviços de engenharia de pequena monta;

II. Em relação à Manutenção de Equipamentos e de Gases Medicinais:

Prestar assistência técnica preventiva e corretiva em:

a) Equipamentos de lavanderia, cozinha, ar condicionado, caldeira, gerador e elevadores;
b) Equipamentos eletro-eletrônicos, promovendo reparos, substituições, adaptações e ampliações em cumprimento dos programas de manutenção.

III. Em relação a gases medicinais:

a) Elaborar projetos básicos para sua aquisição;
b) Fornecer suporte técnico e administrativo no que se refere ao seu consumo, promovendo revisão técnica periódica na rede de distribuição, aferindo os terminais dos equipamentos e atestando o recebimento de cada um, para efeito de pagamento;
c) Verificar constantemente o estado dos compressores de ar comprimido, efetuando os serviços de limpeza e manutenção técnica que se fizerem necessários ao adequado funcionamento de cada um;
d) Controlar seu consumo, evitando o desperdício;
e) Vistoriar e zelar pela correta utilização dos equipamentos e

aparelhos médicos hospitalares e pela segurança das suas instalações, instruindo os operadores a respeito.

IV. Por meio do Núcleo de Planejamento e Desenvolvimento de Infraestrutura:

a) Prover as áreas internas e externas do Hospital, observadas a normas legais vigentes, de instalações físicas, infraestrutura adequada e condições ambientais satisfatórias;
b) Elaborar projeto básico relativo à manutenção predial, elétrica e hidráulica ou acompanhar em caso de realização por empresa terceirizada;
c) Propor, em parceria com as áreas assistenciais e demais administrativas, medidas de controle da acessibilidade;
d) Desenvolver outras ações relacionadas aos planejamentos e desenvolvimento de infraestrutura;

V. Por meio do Núcleo de Manutenção Predial, Preventiva e Corretiva:

a) Prestar assistência técnica, reparos, substituições, adaptações ou ampliações, relacionadas com manutenção predial, em cumprimento dos programas de manutenção;
b) Vistoriar as instalações prediais do Hospital.

DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Executar ações e tarefas de apoio administrativo, relativas à gestão de pessoas, suprimentos, comunicação administrativa, reprografia, patrimônio, jurídico e demais serviços de apoio administrativo;

II. Preencher documentos, preparar relatórios, formulários, planilhas e prontuário;

III. Acompanhar processos administrativos, cumprindo todos os procedimentos necessários referentes aos mesmos;

IV. Atender clientes, usuários e fornecedores;

V. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM – RT ENFERMAGEM

DAS COMPETÊNCIAS

I. Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Diretoria Geral do Hospital;

II. Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pelas Coordenações de Enfermagem;

III. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicadores quantitativos e qualitativos a serem mensurados e metas a serem atingidas;

IV. Reunir mensalmente os Supervisores de Enfermagem para apresentação, discussão e análise dos indicadores de assistência de enfermagem para tomada de decisão em conjunto, planejamento das implantações de melhorias e busca contínua de metas a serem atingidas.

V. Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;

VI. Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita

ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Hospital Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. Organizar e padronizar o serviço de enfermagem;

IX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

X. Colaborar na humanização do atendimento Hospital;

XI. Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro;

XII. Elaborar o diagnóstico do Serviço de Enfermagem e apresentar sua proposta de trabalho à Diretoria de Atenção à Saúde do Hospital;

XIII. Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem – COREN,

XIV. Sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;

XV. conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;

XVI. Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;

XVII. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XVIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XIX. Manter contato com a Diretoria Geral do Hospital, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XX. Sistematizar a Assistência de Enfermagem de forma

individualizada;

XXI. Implantar Política de Notificação de Eventos junto ao Hospital Sentinela;

XXII. Validar e supervisionar as escalas de enfermagem, setorial, mensalmente;

XXIII. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DO AMBULATÓRIO E SADT

DAS COMPETÊNCIAS

I. Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas no Ambulatório de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe;

II. Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;

III. Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem;

IV. Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;

V. Integrar o Ambulatório com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;

VI. Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;

VII. Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;

VIII. Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor;

IX. Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;

X. Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;
XI. Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;
XII. Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva;
XIII. Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;
XIV. Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;
XV. Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;
XVI. Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;
XVII. Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;
XVIII. Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade;
XIX. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;
XX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes com necessidade assistencial ambulatorial;
XXI. Planejar, implantar, supervisionar e analisar a assistência de enfermagem, voltadas as melhores práticas, seguindo os protocolos e guidelines de assistência de enfermagem e utilizando como ferramenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, no que se refere a assistência de enfermagem em pacientes ambulatorial;
XXII. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e Segurança na Instituição de Saúde.

XXIII. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE visando à adequada média de permanência dos pacientes na Unidade;

XXIV. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);

XXV. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);

XXVI. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor;

XXVII. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório;

XXVIII. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de POPs (Procedimento Operacional Padrão);

XXIX. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor;

XXX. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor;

XXXI. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente;

XXXII. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da Qualidade definidas pelo Núcleo da Qualidade e implementar as ações de melhoria;

XXXIII. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional;

XXXIV. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário;

XXXV. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos;

XXXVI. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor;

XXXVII. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento;

XXXVIII. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda;

XXXIX. Elaborar a escala de enfermagem, de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, supervisionar o cumprimento e assiduidade, mensalmente;

XL. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada;

XLI. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM UTI ADULTO I E II

DAS COMPETÊNCIAS

I. Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de terapia intensiva, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe;

II. Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;

III. Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem;

IV. Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;

V. Integrar as UTIs com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;

VI. Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;

VII. Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;

VIII. Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor; Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;

IX. Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;

X. Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;

XI. Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva;

XII. Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;

XIII. Zelar pela garantia da sistematização da assistência de

enfermagem;

XIV. Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento das unidades;

XV. Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;

XVI. Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;

XVII. Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade;

XVIII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XIX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XX. Planejar, implantar, supervisionar e analisar a assistência de enfermagem, voltadas as melhores práticas, seguindo os protocolos e guidelines de assistência de enfermagem e utilizando como ferramenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, no que se refere a assistência e cuidados intensivos adultos;

XXI. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e Segurança na Instituição de Saúde;

XXII. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);

XXIII. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);

XXIV. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor;

XXV. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório;

XXVI. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de POPs (Procedimento Operacional Padrão);

XXVII. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor;

XXVIII. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor;

XXIX. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente;

XXX. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da Qualidade definidas pelo Núcleo da Qualidade e implementar as ações de melhoria;

XXXI. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional;

XXXII. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a

Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

XXXIII. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário;

XXXIV. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos;

XXXV. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor;

XXXVI. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento;

XXXVII. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda;

XXXVIII. Elaborar a escala de enfermagem, de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, supervisionar o cumprimento e assiduidade, mensalmente;

XXXIX. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada;

XL. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM UTI ADULTO III

DAS COMPETÊNCIAS

I. Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de terapia intensiva, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe;

II. Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;

III. Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem;

IV. Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;

V. Integrar a UTI com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;

VI. Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;

VII. Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;

VIII. Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor; Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;

IX. Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;

X. Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;

XI. Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de

equipamentos de reserva;

XII. Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;

XIII. Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;

XIV. Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;

XV. Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;

XVI. Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;

XVII. Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade;

XVIII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XIX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XX. Planejar, implantar, supervisionar e analisar a assistência de enfermagem, voltadas as melhores práticas, seguindo os protocolos e guidelines de assistência de enfermagem e utilizando como ferramenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, no que se refere a assistência e cuidados intensivos adultos;

XXI. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e

Segurança na Instituição de Saúde;

XXII. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);

XXIII. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);

XXIV. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor;

XXV. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório;

XXVI. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de POPs (Procedimento Operacional Padrão);

XXVII. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor;

XXVIII. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor;

XXIX. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente;

XXX. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da Qualidade definidas pelo Núcleo da Qualidade e implementar as ações de melhoria;

XXXI. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos

padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional;

XXXII. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

XXXIII. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário;

XXXIV. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos;

XXXV. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor;

XXXVI. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento;

XXXVII. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda;

XXXVIII. Elaborar a escala de enfermagem, de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, supervisionar o cumprimento e assiduidade, mensalmente;

XXXIX. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada;

XL. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DE UTI PEDIÁTRICA, ENFERMARIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de Pediatria, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe;
II. Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;
III. Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem;
IV. Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;
V. Integrar a Pediatria com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;
VI. Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;
VII. Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;
VIII. Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor;
IX. Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;
X. Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;
XI. Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;
XII. Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de

equipamentos de reserva;

XIII. Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;

XIV. Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;

XV. Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;

XVI. Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;

XVII. Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;

XVIII. Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade;

XIX. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes com necessidade assistencial em clínica médica;

XXI. Planejar, implantar, supervisionar e analisar a assistência de enfermagem, voltadas as melhores práticas, seguindo os protocolos e guidelines de assistência de enfermagem e utilizando como ferramenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, no que se refere a assistência de enfermagem em pacientes de clínica médica;

XXII. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e Segurança na Instituição de Saúde.

XXIII. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE visando à adequada média de permanência dos pacientes na Unidade;

XXIV. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS

(Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde).

XXV. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho).

XXVI. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor.

XXVII. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório.

XXVIII. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de POPs (Procedimento Operacional Padrão).

XXIX. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor.

XXX. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor.

XXXI. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente.

XXXII. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da Qualidade definidas pelo Núcleo da Qualidade e implementar as ações de melhoria.

XXXIII. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional.

XXXIV. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário.

XXXV. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o

melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos.

XXXVI. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor.

XXXVII. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento.

XXXVIII. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda.

XXXIX. Elaborar a escala de enfermagem, de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, supervisionar o cumprimento e assiduidade, mensalmente.

XL. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada.

XLI. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DE LEITOS CLÍNICOS

DAS COMPETÊNCIAS

I. Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de Clínica médica, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe;

II. Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;

III. Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem;

IV. Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;

V. Integrar a Clínica Médica com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;
VI. Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;
VII. Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;
VIII. Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor;
IX. Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;
X. Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;
XI. Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;
XII. Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva;
XIII. Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;
XIV. Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;
XV. Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;
XVI. Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;
XVII. Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;
XVIII. Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade;
XIX. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes com necessidade assistencial em clínica médica;

XXI. Planejar, implantar, supervisionar e analisar a assistência de enfermagem, voltadas as melhores práticas, seguindo os protocolos e guidelines de assistência de enfermagem e utilizando como ferramenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, no que se refere a assistência de enfermagem em pacientes de clínica médica;

XXII. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e Segurança na Instituição de Saúde.

XXIII. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE visando à adequada média de permanência dos pacientes na Unidade;

XXIV. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde).

XXV. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho).

XXVI. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor.

XXVII. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório.

XXVIII. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de POPs (Procedimento Operacional Padrão).

XXIX. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor.

XXX. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor.

XXXI. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente.

XXXII. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da Qualidade definidas pelo Núcleo da Qualidade e implementar as ações de melhoria.

XXXIII. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional.

XXXIV. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário.

XXXV. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos.

XXXVI. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor.

XXXVII. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento.

XXXVIII. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda.

XXXIX. Elaborar a escala de enfermagem, de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, supervisionar o cumprimento e assiduidade, mensalmente.

XL. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de

enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada.

XLI. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DE LEITOS CIRÚRGICOS - CLÍNICOS

DAS COMPETÊNCIAS

I. Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de clínico-cirúrgica, de forma democrática, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe;

II. Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;

III. Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem;

IV. Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;

V. Integrar a Clínica cirúrgica com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;

VI. Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;

VII. Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;

VIII. Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor;

IX. Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;

X. Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;

XI. Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as

atividades da equipe de enfermagem;

XII. Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva;

XIII. Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;

XIV. Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;

XV. Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;

XVI. Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;

XVII. Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;

XVIII. Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade;

XIX. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes com necessidade assistencial em clínica médica;

XXI. Planejar, implantar, supervisionar e analisar a assistência de enfermagem, voltadas as melhores práticas, seguindo os protocolos e guidelines de assistência de enfermagem e utilizando como ferramenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, no que se refere a assistência de enfermagem em pacientes de clínica cirúrgica;

XXII. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e Segurança na Instituição de Saúde;

XXIII. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE visando à adequada média

de permanência dos pacientes na Unidade;

XXIV. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);

XXV. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);

XXVI. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor;

XXVII. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório;

XXVIII. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de POPs (Procedimento Operacional Padrão);

XXIX. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor;

XXX. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor;

XXXI. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente;

XXXII. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da Qualidade definidas pelo Núcleo da Qualidade e implementar as ações de melhoria;

XXXIII. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional;

XXXIV. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que

necessário;

XXXV. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos;

XXXVI. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor;

XXXVII. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento;

XXXVIII. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda;

XXXIX. Elaborar a escala de enfermagem, de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, supervisionar o cumprimento e assiduidade, mensalmente;

XL. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada;

XLI. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO E CME

DAS COMPETÊNCIAS

I. Garantir que os artigos críticos e semicríticos estejam aptos para uso, na qualidade e segurança, em esterilização e/ou desinfecção, para uso na assistência e procedimentos aos pacientes do Hospital;

II. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas a atividades relacionadas a sua área;

III. Prever, requisitar e prover materiais e artigos médico-hospitalares, estéreis necessários a assistência segura no âmbito hospitalar;

IV. Implantar e Gerenciar a Central de Desinfecção de artigos médico-hospitalares no Hospital;

V. Proceder ao controle de entrada e saída de material;

VI. Garantir a qualidade das esterilizações cumprindo com a rotina de testes biológicos entre outros;

VII. Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o desempenho das atividades do serviço;

VIII. Elaborar junto a Gerência de Enfermagem os Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, padronizando os procedimentos e consequente materiais;

IX. Reunir mensalmente a equipe de Enfermagem para apresentação, discussão e análise dos indicadores de assistência para tomada de decisão em conjunto, planejamento das implantações de melhorias e busca contínua de metas a serem atingidas;

X. Manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como

mantê-lo atualizado.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA ADULTO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas da UrgÊncia e Emergência, seguindo a complexidade assistencial e referência de atendimento através de Protocolos de Manchester e Classificação de Risco;
II. Participar assiduamente às ações, recomendações e fluxos do NIR, samu e Corpo de Bombeiros;
III. Participar junto ao NER as capacitações no atendimento de Suporte Básico e Avançado de Vida;
IV. Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;
V. Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem;
VI. Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;
VII. Integrar a Unidade de Urgência e Emergência com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;
VIII. Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;
IX. Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;
X. Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor;
XI. Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;

XII. Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;

XIII. Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;

XIV. Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva;

XV. Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;

XVI. Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;

XVII. Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade;

XVIII. Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;

XIX. Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;

XX. Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade;

XXI. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XXII. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes com necessidade assistencial ambulatorial;

XXIII. Planejar, implantar, supervisionar e analisar a assistência de enfermagem, voltadas as melhores práticas, seguindo os protocolos e guidelines de assistência de enfermagem e utilizando como ferramenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, no que se refere a assistência de enfermagem na Maternidade;

XXIV. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e Segurança na Instituição de Saúde.

XXV. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE visando à adequada média de permanência dos pacientes na Unidade;

XXVI. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);

XXVII. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);

XXVIII. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor;

XXIX. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório;

XXX. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de POPs (Procedimento Operacional Padrão);

XXXI. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor;

XXXII. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor;

XXXIII. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente;

XXXIV. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da Qualidade definidas pelo Núcleo da Qualidade e implementar as ações de melhoria;

XXXV. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional;

XXXVI. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário;

XXXVII. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos;

XXXVIII. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor;

XXXIX. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas, prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento;

XL. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda;

XLI. Elaborar a escala de enfermagem, de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, supervisionar o cumprimento e assiduidade, mensalmente;

XLII. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada;

XLIII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE TRAUMA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas da Urgência e Emergência em trauma, seguindo a complexidade assistencial, atendendo por demanda espontânea e/ou junto ao NIR;

II. Participar assiduamente às ações, recomendações e fluxos do NIR, samu e Corpo de Bombeiros;
III. Participar junto ao NER as capacitações no atendimento aos atendimentos e Trauma;
IV. Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem;
V. Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem;
VI. Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem;
VII. Integrar a Unidade de Urgência e Emergência com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional;
VIII. Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição;
IX. Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente;
X. Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor;
XI. Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas;
XII. Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais;
XIII. Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem;
XIV. Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva;
XV. Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição;
XVI. Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem;
XVII. Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom

funcionamento da unidade;

XVIII. Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos;

XIX. Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital;

XX. Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade;

XXI. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XXII. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes com necessidade assistencial ambulatorial;

XXIII. Planejar, implantar, supervisionar e analisar a assistência de enfermagem, voltadas as melhores práticas, seguindo os protocolos e guidelines de assistência de enfermagem e utilizando como ferramenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, no que se refere a assistência de enfermagem na Maternidade;

XXIV. Cumprir as normas relacionadas ao Planejamento Estratégico da Instituição e suas políticas voltadas à Qualidade e Segurança na Instituição de Saúde.

XXV. Planejar, supervisionar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE visando à adequada média de permanência dos pacientes na Unidade;

XXVI. Fazer cumprir as normas de controle de infecção da CCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde);

XXVII. Fazer cumprir as normas do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);

XXVIII. Participar das Comissões Multidisciplinares pertinentes ao setor;

XXIX. Participar das auditorias internas e desenvolver planos de ação para as não conformidades apontadas em relatório;

XXX. Garantir o cumprimento das tarefas descritas no manual de POPs (Procedimento Operacional Padrão);

XXXI. Gerenciar o cumprimento dos Protocolos multiprofissionais pertinentes ao setor;

XXXII. Definir, junto com o corpo clínico, o fluxo de atendimento de emergência do setor;

XXXIII. Descrever os planos de contingência necessários às particularidades do setor, evitando que imprevistos dificultem o atendimento seguro ao paciente;

XXXIV. Gerenciar os indicadores pertinentes ao setor, assim como a análise de seus resultados através das ferramentas da Qualidade definidas pelo Núcleo da Qualidade e implementar as ações de melhoria;

XXXV. Garantir que a estrutura física do setor esteja dentro dos padrões estabelecidos pela Vigilância Sanitária e reportar as não conformidades que tenham impacto na segurança clínica e ocupacional;

XXXVI. Acompanhar o descarte de resíduos praticado pela equipe de enfermagem e estabelecer ações de melhoria, sempre que necessário;

XXXVII. Atuar em conjunto com o Serviço de Farmácia para definir o melhor fluxo de atendimento e abastecimento de materiais e medicamentos;

XXXVIII. Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do setor;

XXXIX. Gerenciar o preenchimento dos documentos e registros assistenciais da Instituição, tais como prescrição, receitas,

prontuários, termos de consentimento, entre outros, garantindo assim a segurança clínica no atendimento;

XL. Planejar a escala de enfermagem e garantir uma equipe dimensionada e capacitada para atender a demanda;

XLI. Elaborar a escala de enfermagem, de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, supervisionar o cumprimento e assiduidade, mensalmente;

XLII. Gerenciar a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem e atuar em parceria com o setor de Educação Continuada;

XLIII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DO ENFERMEIRO ROTINA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Organizar prontuários com registros das observações, tratamentos executados e ocorrências verificadas em relação ao paciente;

II. Participar da prevenção, do controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

III. Atuar quando da ocorrência do óbito, executando e orientando os procedimentos necessários, bem como prestando apoio aos familiares;

IV. Verificar o funcionamento de aparelhos utilizados na área de enfermagem, solicitando reparos e/ ou substituições;

V. Participar das medidas de biossegurança, realizando

treinamentos em procedimentos que venham assegurar e minimizar os acidentes de trabalho;

VI. Assegurar condições adequadas de limpeza, preparo, esterilização e manuseio de materiais no âmbito hospitalar e no ambulatório;

VII. Apoiar as atividades de pesquisa e extensão;

VIII. Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços;

IX. Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho;

X. Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor;

XI. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DO ENFERMEIRO PLANTONISTA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem em pacientes

adultos criticamente enfermos;

II. Desenvolver as atividades assistenciais e propor alternativas de transformação na realidade gerencial e do cuidado ao paciente criticamente enfermo e/ou em situação de risco de morte;

III. Executar as funções pertinentes à sua profissão que possa identificar intercorrências e tomar decisões imediatas sobre o atendimento do paciente crítico;

IV. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

V. Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.

DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DAS COMPETÊNCIAS

I. Assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem em estado grave, na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

II. Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do paciente crítico, excetuadas as privativas do Enfermeiro;

III. Executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV. Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões;

V. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança;

VI. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

VII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM – ROTINA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Executar a limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos;

II. Colaborar com a avaliação da qualidade dos instrumentos e equipamentos;

III. Auxiliar na conservação e no controle do patrimônio da unidade;

IV. Colaborar com os Cuidados de Higiene e Conforto;

V. Transporte;

VI. Verificar e zelar pelo posicionamento de drenos, cânulas e vias de acesso no cliente; Registro dos cuidados realizados;

VII. Participar de programa de educação permanente, contemplando, no mínimo: normas e rotinas técnicas

desenvolvidas no serviço; incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais; e prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;

VIII. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

IX. Auxiliar na elaboração de escala de tarefas;

X. Auxiliar no controle e no uso racional de roupas, materiais utilizados pela enfermagem e pela equipe multiprofissional;

XI. Seguir as normas de biossegurança;

XII. Executar ações de assistência de enfermagem ao paciente crítico de forma segura, humanizada e individualizada;

XIII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DIREÇÃO SADT

DA FORMA DE NOMEAÇÃO

A Gerência será ocupada por pessoa selecionada pelo Conselho Gestor, Presidência Executiva do Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH e Diretor Geral do Hospital, selecionado, a partir de análise curricular que comprove qualificação para o atendimento das competências específicas de cada Diretoria. Os procedimentos e critérios para seleção estão definidos na Resolução de Conselho Gestor Interno.

DAS COMPETÊNCIAS

I. Implantar as diretrizes do modelo assistencial multi e interdisciplinar, definido para Hospital sob Gestão do IBGH;
II. Coordenar o planejamento, a organização e administração dos serviços assistenciais multidisciplinar;
III. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde;
IV. Coordenar a implantação das ações de atenção integral à saúde, com foco na organização de linhas de cuidado;
V. Gerenciar a implantação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde;
VI. Estabelecer metas quantitativas e qualitativas dos serviços assistenciais e de gestão da atenção à saúde;
VII. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços hospitalares por meio de indicadores de desempenho;
VIII. Articular internamente os serviços e práticas assistenciais, com vistas à garantia da integralidade da atenção;
IX. Garantir o cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, referentes ao funcionamento dos serviços de saúde e implantação das políticas de saúde médica, de enfermagem, multiprofissional em saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico;
X. Coordenar, validar e garantir a implantação de padronizações de processos de trabalho em Atenção à Saúde em forma de Protocolo Clínico e Multiprofissional e Procedimento Operacional Padrão – POP, seguidos por diretrizes terapêuticas e recomendações vigentes, além de avaliar os resultados obtidos para a revisão do processo padronizado para a garantia e consolidação da padronização especializada a assistência à

saúde;

XI. Coordenar a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde no âmbito hospitalar junto ao Setor de Vigilância em Saúde;

XII. Coordenar a implantação e implementação das ações de regulação e avaliação da atenção à saúde junto ao Setor de Regulação em Saúde;

XIII. Gerenciar o fluxo de atendimento e dos mecanismos de referência e contra referência entre o hospital e os serviços da rede de atenção à saúde;

XIV. Manter atualizados os sistemas de informação em saúde;

XV. Coordenar a incorporação e/ou renovação de tecnologias do cuidado em saúde, em consonância com as políticas de saúde, respeitado o caráter de ensino e pesquisa;

XVI. Monitorar a regularidade de abastecimento de medicamentos, instrumentais e insumos médico-hospitalares;

XVII. Coordenar o processo de identificação de necessidades e proposição de ações de educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde vinculadas à Diretoria de Assistência;

XVIII. Implantar e gerenciar fóruns colegiados, no âmbito da Diretoria, com vistas à gestão democrática e participativa;

XIX. Fornecer à Presidência Executiva do IBGH ou Diretoria Geral do Hospital informações sobre o cuidado assistencial e a gestão da atenção à saúde;

XX. Articular com o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Capacitação a integração dos processos de gestão, assistência, ensino e pesquisa;

XXI. Coordenar a implantação de ações assistenciais relacionadas a projetos estratégicos e às situações coletivas de perigo iminente,

desastres, calamidades públicas e catástrofes;

XXII. Gerenciar o contrato com a gestão, monitorando as responsabilidades e metas da assistência à saúde a serem cumpridas.

COORDENAÇÃO CENTRO DE RADIOLOGIA E IMAGEM

DAS COMPETÊNCIAS

I. Garantira realização dos exames complementares das linhas de cuidados do Hospital;

II. Apoiar a realização de diagnóstico assertivo e apoio terapêutico.

COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Elaborar as escalas de trabalho e definir cronograma de férias, conforme normativas legais;

II. Participar da realização das avaliações de desempenho dos empregados que estão sob seu acompanhamento;

III. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas à sua função, determinadas pela Empresa;

IV. Encorajar o grupo sob seu acompanhamento para a elaboração de protocolos e procedimentos operacionais padrão, assim

como participar da mesma, conforme as exigências legais;

V. Promover a integração de toda a equipe sob o seu acompanhamento e mantê-la ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;

VI. Buscar soluções para eventuais ocorrências e/ou alterações na UTI sob sua responsabilidade, de acordo com normas legais;

VII. Manter a Empresa informada sobre quaisquer ocorrências, irregularidades e/ou alterações na sua área de responsabilidade;

VIII. Participar de reuniões e visitas clínicas relacionadas à Unidade de Terapia Intensiva Adulto;

IX. Prestar assistência ao paciente, conforme atribuições do Fisioterapeuta em Terapia Intensiva;

X. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XI. Necessidade assistencial, orientando a equipe para o atendimento individualizado, uniformizando procedimentos;

XII. Propor medidas e mecanismos que facilitem e qualifiquem as relações entre profissionais e usuários;

XIII. Gerenciar as prestações de serviços e assistências da equipe multidisciplinar do Hospital na atenção hospitalar e ambulatorial no que se refere a assistência fisioterapêutica, fonoaudiologa, terapêutica ocupacional.

XIV. Democratizar informações e conhecimentos referentes à

questão saúde e trabalho e suas interferências nas ações realizadas por diferentes profissionais de saúde;

XV. Planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de fisioterapia nas Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Internação, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

XVI. Zelar para que as visitas fisioterápicas sejam feitas diariamente aos pacientes;

XVII. Hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

XVIII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XIX. Coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando;

XX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXI. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e Hospitalar;

XXII. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de Fisioterapia;

XXIII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

XXIV. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no Hospital;

XXV. Primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

XXVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXVIII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo

DO FISIOTERAPEUTA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese;

II. Solicitar e realizar interconsulta e encaminhamentos;

III. Realizar ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente crítico ou potencialmente crítico, em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia;

IV. Realizar avaliação física e cinesio funcional específica;

V. Realizar avaliação e monitoramento da via aérea natural e artificial;

VI. Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório;

VII. Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro musculoesquelética;

VIII. Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório;

IX. Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamentos do paciente crítico ou potencialmente crítico;

X. Gerenciar a ventilação espontânea invasiva e não invasiva;

XI. Realizar o desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica;

XII. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XIII. Realizar demais atividades inerentes ao

COORDENAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Atender pacientes críticos para prevenção, habilitação e reabilitação daqueles que utilizam protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia;

II. Tratar de pacientes efetuando avaliação e diagnóstico fonoaudiológico;

III. Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis;

IV. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes;

V. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

DAS COMPETÊNCIAS

I. Planejar soluções, organizar e intervir em questões relacionadas à saúde e manifestações sociais do trabalhador e do paciente crítico, para elaboração, implementação e monitoramento do Serviço Social, com foco na promoção da saúde;

II. Contribuir e participar nas ações de Saúde Ocupacional;

III. Realizar acompanhamento psicossocial de pacientes,

IV. Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;

V. Formular relatórios, pareceres técnicos, rotinas e procedimentos;

VI. Atuar em conjunto com as CIHDOTTs, UTIs e Unidades de Internação na busca ativa e entrevista familiar na doação de órgãos e tecidos humanos;

VII. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

VIII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DA PSICOLOGIA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Estudar, pesquisar e avaliar o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais dos pacientes críticos internados nas Unidades do Hospital, com a finalidade de análise, tratamento e orientação;

II. Diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o paciente durante o processo de tratamento ou cura;

III. Avaliar alterações das funções cognitivas, buscando diagnóstico ou detecção precoce de sintomas;

IV. Promover a reabilitação neuropsicológica;

V. Auditar, realizar perícias e emitir laudos, gerando informações e documentos sobre as condições ocupacionais ou incapacidades mentais;

VI. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

VII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DIETÉTICA E BANCO DE LEITE HUMANO

DAS COMPETÊNCIAS

Por meio do Núcleo de Processamento de Gêneros Alimentícios:

I. Prever, requisitar, receber, armazenar e controlar os estoques, em qualidade e quantidade, de gêneros alimentícios, dos materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento das atividades de Nutrição e Dietética do Hospital;

II. Atender aos requisitos formais, regulamentares, técnicos, normativos e estruturais do quanto:

a) aos padrões de higiene e segurança alimentar;
b) à utilização correta dos aparelhos e utensílios
c) a adequada execução da limpeza dos locais de manipulação dos gêneros alimentícios;
d) preparar refeições gerais e dietas especiais, solicitadas pelo Núcleo de Nutrição e Dietética, controlando o número servido, para fins de estatística;
e) subsidiar o Núcleo de Compras nas aquisições de gêneros alimentícios, comunicando sobre irregularidades em seu recebimento.

III. Elaborar junto a equipe multidisciplinar Protocolos de suporte e tratamento de Nutrição Dietética;

IV. Planejar e padronizar cardápios de dietas regulares e especiais para pacientes internados de acordo com as técnicas recomendadas e prescrições médicas e nutricionais;

V. Fornecer alimentação planejada aos pacientes internados, externos e acompanhantes autorizados, observado regimento

interno;

VI. Realizar a avaliação nutricional dos pacientes do Hospital;

VII. Prestar:

a) Assistência nutricional especializada a pacientes internados e externos;
b) Orientação dietoterápica.

DO NUTRICIONISTA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar assistência nutricional aos pacientes críticos das UTIs e internados nas demais Unidades do Hospital;

II. Orientar responsáveis e/ou familiares quanto a alimentação a ser seguida pelo paciente após a alta das UTIs e/ou Unidades de Internação do Hospital;

III. Participar de programas de educação nutricional;

IV. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

V. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DA FARMÁCIA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção,

distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos, bem como os artigos médico-hospitalares para o suprimento do Hospital para a assistência segura e de forma padronizada;

II. Participar, junto a Qualidade, na elaboração e/ou validação dos Procedimentos Operacionais Padrão – POPs ou Protocolos, com intuito de padronizar os materiais junto aos procedimentos;

III. Elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no Hospital;

IV. Estabelecer condutas terapêuticas junto a Diretoria Médica, Gerência de Enfermagem e Gerência Assistencial;

V. Fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;

VI. Desenvolver programas de farmacovigilância;

VII. Estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;

VIII. Implantar Rotina de Controle de Carrinhos de Emergência pelo Farmacêutico no Hospital;

IX. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

X. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XI. Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

XII. Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em atas.

DOS SERVIÇOS DE ALMOXERIFADO FARMACÊUTICO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Executar o controle de estoque;

II. Elaborar pedidos de compras para formação ou reposição de estoque;

III. Receber, conferir e armazenar materiais de consumo;

IV. Distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;

V. Controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições constantes nos contratos, comunicando ao diretor do departamento eventuais irregularidades cometidas;

VI. Manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;

VII. Realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, dos materiais em estoque;

VIII. Zelar pela conservação dos materiais em estoque;

IX. Efetuar levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento do hospital.

DOS SERVIÇOS DE SUPRIMENTO FARMACÊUTICO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Fornecer medicamentos para programas e grupos de atendimento específicos no âmbito do Hospital;

II. Implantar medidas:

a. de controle da entrega dos produtos, observando lote e data de validade;

b. que permitam rastrear a movimentação interna e externa dos medicamentos;

III. Organizar a área de armazenagem e controlar os estoques, o inventário e os contratos de fornecimento e empenhos;

I. Manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos medicamentos, acompanhar as rotinas operacionais de distribuição/dispensação e descarte.

DO SERVIÇO DE PROGRAMAÇÃO E SUPRIMENTO FARMACÊUTICO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Assessorar a Supervisão de Assistência Farmacêutica no âmbito de suas atribuições;

II. Coordenar os processos de controle físico e contábil dos estoques de medicamentos e outros insumos relacionados,

gerando relatórios periodicamente;

III. Coordenar as atividades relacionadas ao recebimento, conferência, guarda, conservação e distribuição dos medicamentos e outros insumos;

IV. Manter registro atualizado dos prazos de validade dos medicamentos e outros insumos relacionados;

V. Participar dos processos de normatização das atividades relativas ao seu âmbito de atuação;

VI. Expedir as notas de entregas dos respectivos medicamentos e outros insumos;

VII. Coordenar e controlar os almoxarifados de guarda de medicamentos e outros insumos, bem como responsabilizar-se pelos procedimentos administrativos e técnicos desenvolvidos por eles;

VIII. Supervisionar e controlar os processos de controle físico e contábil dos estoques de medicamentos e dos outros insumos relacionados.

DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Assessorar a Supervisão de Assistência Farmacêutica no âmbito de suas atribuições;

II. Coordenar e monitorar a execução das atividades de aquisição de medicamentos e dos outros insumos relacionados;

III. Acompanhar junto a Coordenação de Compras, até a sua conclusão, todos os processos de compras de medicamentos e dos demais insumos relacionados;

IV. Acompanhar e avaliar os programas e projetos relacionados ao planejamento, aquisição e distribuição de medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas e imunobiológicos, no âmbito do SUS, bem como das respectivas ações de assistência farmacêutica, em articulação com os gestores;

V. Estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para a garantia da qualidade e avaliação dos produtos e serviços inerentes à assistência farmacêutica;

VI. Efetuar e acompanhar o cumprimento das determinações de ordem judicial de medicamentos e insumos;

VII. Representar a Diretoria Geral do Hospital em congressos, reuniões e outras atividades que fizer necessário no que se refere a assuntos farmacêuticos.

DO SERVIÇO TÉCNICO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Formular e propor critérios e normas relativas à regulamentação das ações de assistência farmacêutica;

II. Estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para a

garantia da qualidade e avaliação dos produtos e serviços inerentes à assistência farmacêutica;

III. Estabelecer indicadores para avaliação de serviços farmacêuticos;

IV. Formular e propor critérios e normas relativas à regulamentação das ações de assistência farmacêutica;

V. Planejar, articular e monitorar as ações inerentes a projetos ou programas estratégicos específicos no âmbito da Assistência Farmacêutica do Hospital;

VI. Coordenar a elaboração de materiais técnico-pedagógicos em Assistência Farmacêutica.

DO FARMACÊUTICO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Participar da elaboração, coordenação e implementação de políticas de medicamentos;

II. Orientar sobre uso de produtos e prestar serviços farmacêuticos;

III. Realizar pesquisa sobre os efeitos de medicamentos e outras substâncias sobre órgãos, tecidos e funções vitais dos seres humanos;

IV. Realizar controle e garantia de qualidade, fracionamento, armazenamento, distribuição e dispensação de rádio fármacos;

V. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

VI. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DO AUXILIAR DE FARMÁCIA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Realizar operações farmacotécnicas;

II. Conferir fórmulas;

III. Efetuar manutenção de rotina em equipamentos, utensílios de laboratório e rótulos das matérias primas;

IV. Controlar estoques, condições de armazenamento e prazos de validade;

V. Realizar testes de qualidade de matérias primas, equipamentos e ambiente;

VI. Trabalhar de acordo com as boas práticas de manipulação e dispensação;

VII. Documentar atividades e procedimentos da manipulação farmacêutica;

VIII. Seguir procedimentos operacionais padrões;

IX. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

DAS COMPETÊNCIAS

I. Atendimento aos setores do Hospital nas necessidades transfusionais;
II. Realiza os exames pré-transfunsionais;
III. Identificar as reações transfunsionais através de exames e notificações na NOTIVISA/ANVISA;
IV. Realizar controle de qualidade interno dos reagentes e hemocomponentes;
V. Participa do controle de qualidade externo promovido pelo Hemope/ANVISA;
VI. Fraciona o sangue para as transfusões em pacientes pediátricos;
VII. Atendimento as exigências das normas vigentes da APEVISA/ANVISA;
VIII. Promove ações para captação de doadores de sangue;
IX. Participa do Comitê Transfusional Multidisciplinar.

COORDENAÇÃO LABORATÓRIO E ANATOMIA PATOLÓGICA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Apresentar propostas de interesse dos Laboratórios;
II. Atuar cooperativamente com os demais Técnicos Administrativos, visando atender as normas relacionadas aos Laboratórios;
III. Elaborar normas e regulamentos próprios de funcionamento juntamente aos Coordenadores da Instituiçõa;

IV. Apresentar a coordenação acadêmica do Campus as sugestões, planos e programas visando racionalizar e aperfeiçoar os serviços que lhes são inerentes;
V. Propor políticas de utilização e otimização dos Laboratórios desde que respeitados as finalidades dos mesmos e em consonância com os responsáveis da Unidades;
VI. Dar suporte gerencial aos coordenadores assistenciais;
VII. Atuar em conjunto com a CCIRAS, na prevenção e tratamento das IRAs bem como acerto diagnóstico;
VIII. Promover o adequado relacionamento entre os usuários dos Laboratórios;
IX. Planejar o treinamento do pessoal Técnico de Laboratório;
X. Identificar o perfil, as qualificações, os treinamentos e as experiências de cada Técnico de Laboratório para adequada distribuição das tarefas;
XI. Acompanhar o desempenho dos servidores técnicos na execução das funções;
XII. Garantir as normas de segurança e conformidade com os requisitos legais do Laboratório;
XIII. Implantar indicadores de qualidade para avaliar e monitorar os serviços prestados pelo Laboratório;
XIV. Cumprir e fazer cumprir o estabelecido no Programa de Gerenciamento de Resíduos.

ODONTÓLOGO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Elaborar diagnóstico, prognóstico e tratamento das afecções

da cavidade bucal;

II. Examinar e identificar alterações de cabeça e pescoço, identificando a extensão e profundidade dos problemas detectados;

III. Executar procedimentos preventivos envolvendo raspagem, limpeza e polimento dos dentes e gengivas;

IV. Elaborar procedimentos educativos individuais e coletivos de prevenção à saúde bucal;

V. Orientar as atividades da equipe multidisciplinar no que tange ao cuidado do paciente crítico;

VI. Executar curativos envolvendo exodontia de raízes e dentes, drenagem de abscessos, suturas de tecidos moles e restauração de cáries dentárias;

VII. Prescrever ou administrar medicamentos;

VIII. Elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos;

IX. Atuar em equipe multiprofissional no desenvolvimento de projetos terapêuticos nas UTIs;

X. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes.

DIREÇÃO MÉDICA - RT MÉDICO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Coordenar, planejar, organizar e avaliar a assistência médico hospitalar, empregando métodos padronizados de normas, rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e instrumentos administrativos específicos, visando proteção, recuperação e preservação da saúde individual e/ou coletiva;

II. Por meio dos Núcleos e de suas Equipes, observada suas respectivas áreas de atuação:

III. Prestar:

a) Assistência médica hospitalar integral e especializada aos pacientes internados no Hospital;
b) Serviços de assistência médica integral, em regime de internação clínica, cirúrgica e de cuidados intensivos.

IV. Manter em ordem e completos:
a) Os registros de atendimento;
b) Os prontuários;
c) Os formulários necessários à execução da assistência e ao processo de controle e faturamento do Hospital.

V. Informar aos pacientes e seus familiares sobre a doença, seu tratamento, procedimentos e exames;

VI. Estabelecer:
a) Plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação do paciente;
b) Metodologias de avaliação de gravidade assistencial aplicáveis a todas as áreas de atuação;
c) Mecanismos de cooperação entre atenção básica e o hospital, objetivando a qualificação profissional, a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce, a redução de danos e agilização no atendimento.

VII. Realizar exames para elucidação diagnóstica rápida e precisa

na análise das peças cirúrgicas, de biópsias e anatomia patológica;

VIII. Verificar a causa de morte dos pacientes na área de responsabilidade do Hospital;

IX. Discutir com a equipe a melhor abordagem terapêutica para garantir:

a) Eficácia e a preservação da qualidade de vida dos pacientes;
b) Rapidez na execução de serviços.

X. Promover:

a) Atenção efetiva e eficaz, visando à reabilitação do paciente;
b) Elucidação diagnóstica e terapêutica, com qualidade, segurança e eficácia.

XI. Implantar métodos que agilizem o fluxo de procedimentos diários;

XII. Fomentar e implementar medidas que otimizem a captação de órgãos interna e externamente ao Hospital;

XIII. Identificar potenciais doadores de órgãos;

XIV. Estimular e fomentar a promoção à saúde, as medidas preventivas e a diminuição de agravos;

XV. Proceder ao transporte, a remoção e a transferência entre Hospitais, de pacientes em situações eletivas ou de urgência e emergência, de acordo com as prioridades estabelecidas pelo Diretor Geral do Hospital;

XVI. Garantir a assistência médica padronizada em forma de Protocolos Clínicos Médicos e Multidisciplinar, seguido de boas práticas, normativas, recomendações e Guidelines atualizados e vigentes.

DIRETORIA CLÍNICA

A Diretoria Clínica será composta por um médico contratado pela direção geral do Hospital, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos.

Será o principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento médico/instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei.

O Diretor Técnico tem como incumbência, além de assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde, além de observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética Médica do Hospital.

Ademais, nos termos do artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, a existência do cargo de Diretor Técnico é obrigatória em qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, sendo ele o principal responsável pelo funcionamento da instituição, nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 997/80.

A legislação sobre o assunto diz o Decreto nº 20.931, de 11 de

dezembro de 1932 que regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira no Brasil, e estabelece penas.

“Art.28 Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, público ou privado, poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal.”

A legislação prevê ainda:

I. Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958

“Art.12 ... prevê a intimação de médico ou de pessoa jurídica (no caso o diretor técnico; grifo nosso) para oferecer a defesa que tiver, acompanhando-a das alegações e dos documentos que julgar convenientes para sua defesa nas denúncias”.

I. Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961

Dispõe sobre o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.

“Art.15 Os cargos ou funções de chefia de serviços médicos, somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da Lei”.

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina, rezam:

I. Resolução CFM nº 997, de 23 de maio de 1980

“Art.11 O diretor técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços

técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente".

II. Resolução CFM nº 1.342, de 08 de março de 1991

"Art.1º Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil".

A responsabilidade técnica de instituições onde se realizem atos médicos como atividade-fim, está definida na Resolução CFM nº 1.716/2004, que versa:

I. "Art.9º O diretor técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante os Conselhos Federal e Regionais de Medicina".

II. "Art.10 A responsabilidade técnica médica de que trata o artigo anterior somente cessará quando o Conselho Regional de Medicina tomar conhecimento do afastamento do médico responsável técnico, mediante sua própria comunicação escrita, através da empresa ou instituição onde exercia a função ... .Instituição do Cargo e da Função".

Como dispõe o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, "Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável,

habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal.”

Sua função está explicitada na Resolução CFM nº 997/80, do Conselho Federal de Medicina, que descreve: “o Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente”.

Ao Diretor Técnico compete assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis de uma boa prática médica, zelando ao mesmo tempo pelo fiel cumprimento dos princípios éticos.

No caso de afastamento do Diretor Técnico, segundo ainda a Resolução CFM nº 997/80, “deverá o cargo ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico” A Resolução CFM nº 1.342/91, determina que “em caso de afastamento ou substituição do Diretor Técnico ..., aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina.” Da mesma forma, o diretor que assume o cargo deverá fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina.

DAS COMPETÊNCIAS

Como atribuições do Diretor Técnico, a Resolução CFM nº 1.342/91 determina que cabe a ele “zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o

melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos usuários do Hospital”, dentre outras:

I. - As principais atribuições do Diretor Técnico são:

b. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

c. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;

d. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;

e. Cientificar ao Conselho Gestor do Hospital as irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;

f. Executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;

g. Representar o Hospital em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;

h. Manter perfeito relacionamento com os membros do Corpo Clínico da instituição;

i. Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;

j. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do

Corpo Clínico do Hospital.

II. **Algumas qualidades básicas das funções, mas que, apesar de necessárias, são insuficientes para o adequado exercício de cada função:**

a. O bom-senso: apesar de requisito para qualquer atividade importante, ele é insuficiente para lidar com a complexidade dos sistemas organizacionais modernos;

b. A autoridade do cargo: se por um lado à autoridade do cargo é fonte de legitimidade, e de poder, é também limitada para dar conta do comportamento administrativo dos indivíduos, já que grande parte dos fatores que condicionam a prática de trabalho é incontrolável pela autoridade hierárquica;

c. A qualidade da decisão: necessária sem dúvida, mas não traz consigo a garantia da implementação, que é um processo sujeito às mesmas influências técnicas e políticas da decisão;

d. Os conhecimentos de procedimentos burocráticos: conforma uma ajuda importante, mas pouco tem a ver com a capacidade de decisão e inovação, habilidades gerenciais modernas.

DOS DIREITOS

Amplos são os limites da deontologia médica, e aqui estão listados os principais direitos e deveres dos médicos.

DIREITOS MÉDICOS

I. Exercer sua profissão com autonomia, sem sofrer qualquer tipo de discriminação, e ter liberdade e independência para indicar e praticar os atos médicos necessários e os mais adequados e benéficos para os seus pacientes, para a comunidade ou para atender à Justiça;

II. Recusar-se a trabalhar em instituições que não ofereçam segurança para os pacientes e recursos mínimos para o desempenho ético e técnico da medicina;

III. Recusar-se a atender paciente que por motivos fortes não o queira fazê-lo, ressalvadas as situações de urgência e emergência, estando ele de plantão ou sendo ele o único médico presente na ocasião ou no lugar;

IV. Recusar-se à prática de ato médico que, mesmo permitido por lei, seja contrário aos ditames de sua consciência;

V. Assistir e tratar todos os doentes que o procurem em seu consultório médico, sem levar em conta seu(s) médico(s) habitual(ais) e as circunstâncias que tenham precedido à consulta;

VI. Recusar-se a praticar ato médico de responsabilidade de outro médico estando este presente, capacitado e habilitado para fazê-lo na ocasião;

VII. Intervir em ato médico que esteja sendo realizado ou conduta médica que esteja sendo planejada, ao verificar possibilidade

evidente de erro médico e/ou prejuízo e dano ao paciente, sobretudo se mais experiente ou capacitado;

VIII. Recusar-se a atestar falsamente, seja ele médico civil ou militar;

IX. Manter segredo de paciente seu, somente revelando-o por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;

X. Orientar outro médico cuja conduta não esteja de acordo com a ética médica e, se necessário, denunciá-lo à Comissão de Ética do Hospital ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde o fato se der;

XI. Ser tratado dignamente e com apreço e consideração pela sociedade;

XII. Solidarizar-se com os movimentos de classe evitando, no entanto, prejudicar a assistência médica aos pacientes;

XIII. Assumir a direção técnica e a direção clínica dos estabelecimentos de assistência médica, governamentais ou particulares, civis ou militares. Este é um direito exclusivo dos médicos;

XIV. Receber remuneração digna e justa pelo seu trabalho, seja na forma de salário ou de honorários;

XV. Ensinar a Medicina nas suas disciplinas básicas, pré-clínicas ou clínicas.

DEVERES MÉDICOS

I. Lutar pelo perfeito desempenho ético da medicina, pelo prestígio e bom conceito da profissão, aprimorando continuamente seus conhecimentos científicos em benefício dos pacientes, da prática e do ensino médico;

II. Manter absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente, nunca se utilizando dos seus conhecimentos para gerar constrangimentos ou sofrimentos físicos ou morais ao ser humano;

III. Exercer a medicina com ampla autonomia, evitando que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho;

IV. Evitar que a medicina seja exercida como comércio e que o seu trabalho seja explorado por terceiros, com objetivo de lucro ou finalidade política ou religiosa, prestando especial atenção ao seu trabalho em instituições intermediadoras do trabalho médico, sobretudo naquelas, condenáveis, que estão a serviço do lucro nas medicinas de grupo;

V. Manter o sigilo profissional, ressalvadas as situações previstas na Lei ou no Código de Ética Médica;

VI. Lutar por melhor adequação das condições de trabalho do ser humano, eliminando ou controlando os riscos de poluição ou deterioração do meio ambiente;

VII. Empenhar-se para melhorar as condições de saúde da população e os padrões dos serviços médicos, assumindo sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à legislação e educação sanitárias;

VIII. Solidarizar-se com os movimentos de defesa profissional, sem descurar de assistir a seus pacientes, nunca esquecendo a natureza essencial do seu trabalho;

IX. Assegurar as condições mínimas para o exercício ético-profissional da medicina, se investido na função de direção;

X. Manter para com seus colegas e demais membros da equipe de saúde o respeito, a solidariedade e a consideração, sem no entanto eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos;

XI. Respeitar as crenças de seus pacientes, tolerando seus caprichos e fraquezas, evitando alarmá-los por gestos, atos ou palavras;

XII. Não abandonar os pacientes crônicos ou incuráveis, os tratamentos difíceis ou prolongados e, se necessário, pedir ajuda a outro colega;

XIII. Deixar pacientes em tratamento encaminhados a outro colega, quando ausentar-se;

XIV. Pautar sempre sua conduta às regras da circunspeção, da probidade e da honra;

XV. Evitar a propaganda imoderada ou enganosa, combater o charlatanismo e evitar associar-se com quem pratique a mercantilização da medicina;

XVI. Denunciar quem pratique ilegalmente a medicina;

XVII. Cobrar honorários profissionais de quem possa pagá-los, salvo

em situações muito especiais ou particulares, não devendo praticar a concorrência desleal.

Ao atender um paciente o médico exerce, obrigatoriamente e ao mesmo tempo, seus direitos e deveres. As obrigações do médico para com seu paciente são apenas obrigações de meios, de zelo e de prudência e não de resultados. Esta situação nada mais é do que uma obrigação contratual e para demonstrar que não foram cumpridas tais obrigações, o doente deverá provar que houve imprudência ou negligência e o médico procurará verificar se o paciente cumpriu com sua parte no contrato, ou seja, se acatou sua prescrição e recomendações que levariam ao resultado positivo esperado.

COORDENAÇÃO MÉDICA DO AMBULATÓRIO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar assistência médica a todos os pacientes assistidos no Ambulatório do Hospital;

II. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

III. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

IV. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem no Ambulatório, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

V. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VI. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

VII. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

VIII. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação;

IX. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

X. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XI. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XII. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XIII. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XIV. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XV. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente;

XVI. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XVII. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XVIII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XIX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XX. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes sob submissão anestésica para procedimentos cirúrgicos, visando ao melhor nível de assistência e acompanhamento ambulatorial;

XXI. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência do paciente com necessidade de acompanhamento ambulatorial em curativos e tratamento médico;

XXII. Garantir a prescrição de alta hospitalar com cuidados a serem prestados e continuados pela rede básica de Saúde;

XXIII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXIV. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXVI. Manter contato com Diretoria Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXVII. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXVIII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXIX. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXX. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXXI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXIII. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXXVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXXVII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO MÉDICA DA UTI ADULTO I E II

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar assistência médica a todos os pacientes internados nas UTIs;

II. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos

pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

III. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

IV. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem nas UTIs, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

V. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VI. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

VII. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

VIII. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação;

IX. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

X. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XI. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XII. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XIII. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XIV. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XV. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente;

XVI. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XVII. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XVIII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XIX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XX. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados intensivos adulto aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

XXI. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;

XXII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXIII. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXV. Manter contato com Diretoria de Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXVI. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXVII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXVIII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXIX. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXII. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXIII. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXIV. Atuar junto a CIDOTT no que se refere a atuação de procura e manutenção de potencial doadores de órgãos e tecidos, bem como na sensibilização e acolhimento dos familiares no que se refere ao Protocolo de Morte Encefálica em paciente adulto;

XXXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXXVI. Garantir a assistência pediátrica humanizada, através do acolhimento do paciente e familiares;

XXXVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXXVIII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO MÉDICA DA UTI ADULTO III

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar assistência médica a todos os pacientes internados na UTI;

II. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

III. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

IV. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem na UTI, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

V. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VI. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

VII. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

VIII. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação;

IX. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

X. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XI. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XII. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XIII. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XIV. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XV. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente;

XVI. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XVII. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XVIII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XIX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XX. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados intensivos adulto aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada

média de permanência dos mesmos no Hospital;

XXI. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;

XXII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXIII. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXV. Manter contato com Diretoria de Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXVI. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXVII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXVIII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXIX. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXII. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXIII. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXIV. Atuar junto a CIDOTT no que se refere a atuação de procura e manutenção de potencial doadores de órgãos e tecidos, bem como na sensibilização e acolhimento dos familiares no que se refere ao Protocolo de Morte Encefálica em paciente adulto;

XXXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXXVI. Garantir a assistência pediátrica humanizada, através do acolhimento do paciente e familiares;

XXXVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXXVIII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COOREDANÇÃO MÉDICA DA UTI PEDIÁTRICA, EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA E ENFERMARIA PEDIÁTRICA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar assistência médica a todos os pacientes pediátricos;

II. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

III. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

IV. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que

acontecem nas Unidades de Pediatria, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

V. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VI. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

VII. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

VIII. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação;

IX. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

X. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XI. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XII. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XIII. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XIV. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XV. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente;

XVI. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XVII. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XVIII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XIX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes clínicos;

XX. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados, assistência e tratamento em clínica médica, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

XXI. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência do paciente com necessidade de assistência clínica;

XXII. Garantir a prescrição de alta hospitalar com cuidados a serem prestados e continuados pela rede básica de Saúde;

XXIII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXIV. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXVI. Manter contato com Diretoria Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXVII. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXVIII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXIX. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXX. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXXI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXIII. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXXVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXXVII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO MÉDICA DA ENFERMARIA DE LEITOS CLÍNICOS

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar assistência médica a todos os pacientes internados na Clínica Média;

II. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

III. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

IV. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem na Clínica Média, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

V. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VI. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

VII. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

VIII. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação;

IX. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

X. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XI. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e

desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XII. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XIII. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XIV. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XV. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente;

XVI. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XVII. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XVIII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XIX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes clínicos;

XX. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados, assistência e tratamento em clínica médica, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

XXI. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência do paciente com necessidade de assistência clínica;

XXII. Garantir a prescrição de alta hospitalar com cuidados a serem prestados e continuados pela rede básica de Saúde;

XXIII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXIV. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXVI. Manter contato com Diretoria Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXVII. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXVIII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXIX. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXX. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXXI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXIII. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXXVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXXVII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO MÉDICA DA ENFERMARIA DE LEITOS CIRÚRGICOS E DAY CLINIC

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar assistência médica a todos os pacientes internados na Clínica Cirúrgica;

II. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

III. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

IV. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem na Clínica Cirúrgica, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

V. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VI. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

VII. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

VIII. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua

área de atuação;

IX. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

X. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XI. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XII. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XIII. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XIV. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XV. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente;

XVI. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XVII. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XVIII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XIX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XX. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos cirúrgicos, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos

no Hospital;

XXI. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;

XXII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXIII. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXV. Manter contato com Diretoria de Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXVI. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXVII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXVIII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXIX. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXII. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXIII. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXIV. Atuar junto a CIHDOTT no que se refere a atuação de procura e manutenção de potencial doadores de órgãos e tecidos, bem como na sensibilização e acolhimento dos familiares no que se refere ao Protocolo de Morte Encefálica em pacientes pediátricos;

XXXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXXVI. Garantir a assistência pediátrica humanizada, através do acolhimento do paciente e familiares;

XXXVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXXVIII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO MÉDICA DO CENTRO CIRÚRGICO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Assegurar de forma segura, de emergência e eletiva todas as cirurgias do Hospital, provindas do ambulatório ou da emregência;

II. Garantir a assistência médica a todos os pacientes internados na Cirurgia Geral;

III. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos

pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

IV. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

V. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem na Cirurgia Geral, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

VI. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VII. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

VIII. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

IX. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação;

X. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

XI. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XII. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XIII. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XIV. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XV. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XVI. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente;

XVII. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XVIII. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XIX. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XXI. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes sob submissão anestésica para procedimentos cirúrgicos, visando ao melhor nível de cirurgia segura;

XXII. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência do paciente com necessidade de cirurgia;

XXIII. Garantir a prescrição de alta hospitalar com cuidados a serem prestados e continuados pela rede básica de Saúde;

XXIV. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXV. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXVI. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXVII. Manter contato com Diretoria Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXVIII. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXIX. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXX. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXXI. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXXII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXIV. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXXVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXXVIII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DO SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar assistência médica a todos os pacientes submetidos a anestesia;

II. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

III. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

IV. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem n, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

V. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões relacionadas aos procedimentos cirúrgicos;

VI. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

VII. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

VIII. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação;

IX. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

X. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM,

RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XI. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XII. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XIII. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XIV. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XV. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente;

XVI. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XVII. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XVIII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XIX. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XX. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes sob submissão anestésica para procedimentos cirúrgicos, visando ao melhor nível de assistência segura;

XXI. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência do paciente com necessidade de anestesia;

XXII. Garantir a prescrição de alta hospitalar com cuidados a serem

prestados e continuados pela rede básica de Saúde;

XXIII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXIV. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXVI. Manter contato com Diretoria Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXVII. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXVIII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXIX. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXX. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXXI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXIII. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XXXVI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XXXVII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO MÉDICA DA EMERGÊNCIA ADULTO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Garantir a ssistência médica aos pacientes que necessitam de Suporte Avançado de Vida – SAV;

II. Paricipar e garantir as padronizações assistenciais de Suporte Avançado de Vida;

III. Atuar em conjunto com a NEP no desenvolvimento de capacitações especificas de atendimento de urgência e emergência clínica;

IV. Participar assiduamente as diretrizes e fluxos junto aos NIR, SAMU e corpo de Bombeiro;

V. Prestar assistência médica a todos os pacientes assistidos na Emergência/ACCR;

VI. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

VII. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

VIII. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem na Emergência/ACCR, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

IX. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

X. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

XI. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

XII. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação;

XIII. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

XIV. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XV. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XVI. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XVII. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XVIII. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XIX. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do

paciente;

XX. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XXI. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XXII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XXIII. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XXIV. Coordenar, controlar e garantir a assistência referenciada através da triagem médica, através da ACCR, materno-infantil, visando à assistência segura e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

XXV. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência do paciente com necessidade de assistência na assistência emergencial;

XXVI. Garantir a prescrição de alta hospitalar com cuidados a serem prestados e continuados pela rede básica de Saúde;

XXVII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXVIII. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXIX. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXX. Manter contato com Diretoria Geral do Hospital objetivando a

eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXXI. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXXII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXXIII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXXIV. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXXV. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXVI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXVII. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXVIII. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXIX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XL. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XLI. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

COORDENAÇÃO MÉDICA DO CENTRO DE TRAUMA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Garantir a ssistência médica aos pacientes que necessitam de assistência especializada em trauma de alta complexidade;

II. Paricipar e garantir as padronizações assistenciais de Assistência em trauma

III. Atuar em conjunto com a NEP no desenvolvimento de capacitações especificas de atendimento de urgência e emergência clínica;

IV. Participar assiduamente as diretrizes e fluxos junto aos NIR, SAMU e corpo de Bombeiro;

V. Prestar assistência médica a todos os pacientes assistidos na Emergência/ACCR;

VI. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

VII. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

VIII. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem na Emergência/ACCR, bem como liderar as discussões e decisões tomadas;

IX. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

X. Acompanhar o desempenho da equipe médica;

XI. Acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;

XII. Assessorar a Direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação;

XIII. Zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;

XIV. Zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do CFM, RDC, CRM, SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

XV. Gerar os indicadores de gestão da unidade, analisá-los e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;

XVI. Realizar e coordenar reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitação e atualização científica e técnica, e convocar a equipe para participação nas mesmas;

XVII. Planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos;

XVIII. Elaborar e revisar normas e rotinas técnicas;

XIX. Coordenar as atividades multidisciplinares na condução do paciente;

XX. Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;

XXI. Construir e informar escala de plantão da unidade;

XXII. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XXIII. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XXIV. Coordenar, controlar e garantir a assistência referenciada através da triagem médica, através da ACCR, materno-infantil,

visando ao assistência segura e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

XXV. Decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência do paciente com necessidade de assistência na assistência emergencial;

XXVI. Garantir a prescrição de alta hospitalar com cuidados a serem prestados e continuados pela rede básica de Saúde;

XXVII. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XXVIII. Elaborar junto ao Núcleo de Qualidade indicador quantitativo e qualitativo a serem mensurados e metas a serem atingidas;

XXIX. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XXX. Manter contato com Diretoria Geral do Hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XXXI. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

XXXII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

XXXIII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

XXXIV. Ministrar cursos na área, quando determinado ou autorizado pela Diretoria Geral do Hospital;

XXXV. Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital;

XXXVI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXXVII. Promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXXVIII. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;

XXXIX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XL. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;

XLI. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

DO MÉDICO CARDIOLOGISTA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Diagnosticar e tratar afecções cardíacas congênitas ou adquiridas, para promover ou recuperar a saúde dos pacientes;

II. Emitir parecer quando requisitado;

III. Prescrever medicamentos;

IV. Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.

DO MÉDICO CLÍNICO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Efetuar exames médicos;

II. Emitir diagnósticos;

III. Prescrever medicamentos;

IV. Realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente;

V. Planejar e executar atividades de cuidado paliativo;

VI. Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.

DO MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Diagnosticar e tratar doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, aplicando medicação adequada e realizando exames laboratoriais e subsidiários e testes de metabolismo, para promover e recuperar a saúde do paciente;

II. Emitir parecer quando requisitado;

III. Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.

DO MÉDICO CIRURGIÃO ORTOPEDISTA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Diagnosticar e tratar de afecções agudas, crônicas ou traumatológicas dos ossos e anexos, valendo-se de meios clínicos ou cirúrgicos, para promover, recuperar ou reabilitar a saúde do paciente;

II. Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.

DO MÉDICO CIRÚRGIÃO PLÁSTICO

DAS COMPETÊNCIAS

I. Diagnosticar e tratar problemas estéticos, deformidades ou malformações físicas e funcionais, recorrendo a procedimentos clínicos e cirúrgicos para melhorar ou corrigir o aspecto físico-funcional do paciente;

II. Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.

DO MÉDICO ANESTÉSIOLOGISTA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Aplicar anestesia para cirurgias e exames especializados, administrando substâncias anestésicas, para minorar o sofrimento de pacientes com processos intensos e possibilitar a realização dos referidos exames e intervenções cirúrgicas;

II. Reconhecer os mecanismos e etiopatogenia;

III. Diagnosticar e tratar a dor aguda e crônica;

IV. Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.

DO MÉDICO ROTINA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar assistência médica a todos os pacientes internados nas Unidades;

II. Colaborar com o plantonista na realização da evolução dos pacientes internados na unidade durante seu turno de trabalho;

III. Prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de trabalho;

IV. Coordenar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem durante seu turno de trabalho;

V. Discutir com o coordenador da unidade, plantonista e o médico assistente sobre as condutas a serem realizadas nos pacientes;

VI. Garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente, também registrando todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VII. Cumprir com seu turno de trabalho conforme acerto prévio com a Coordenação da Unidade;

VIII. Colaborar junto a Coordenação da Unidade, na realização de suas funções;

IX. Assumir a coordenação na ausência ou impossibilidade do Coordenador Médico;

X. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa;

XI. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo. Desde que delegado pelo coordenador médico, normatizar, estabelecer ordens e métodos de trabalho, normas ou rotinas, diretrizes e organização do serviço;

XIII. Participar na seleção dos médicos plantonistas que irão compor o quadro da equipe médica;

XIV. Confeccionar escala mensal da equipe de medicina;

XV. Confeccionar escala anual de férias da equipe médica;

XVI. Elaborar relatórios de análise de dados e realizar avaliação técnica dos indicadores de saúde com periodicidade bimestral;

XVII. Analisar/Acompanhar mensalmente, os dados das unidades de saúde, processos de trabalho, fluxo e indicadores destinados ao desenvolvimento institucional;

XVIII. Desenvolver e implantar programas de capacitação de protocolos da assessoria e de ações que visem a melhoria dos processos de trabalho;

XIX. Planejar a manutenção preventiva de equipamentos médicos;

XX. Controlar o estoque de materiais; garantindo que o ambiente mantenha-se extremamente organizado e higienizado, livre de qualquer transtorno que possa comprometer a segurança e o bem estar dos pacientes.

DO MÉDICO PLANTONISTA

DAS COMPETÊNCIAS

I. Prestar atendimento na Unidade a pacientes internados;

II. Integrar a equipe multiprofissional de trabalho, respeitando e colaborando no aperfeiçoamento de normas e procedimentos operacionais;

III. Contatar a Central de Regulação Médica para colaborar com a organização e regulação do sistema de atenção à urgências;

IV. Participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico na área intensiva;

V. Promover incremento na qualidade do atendimento médico, melhorando a relação médico-paciente e observando preceitos éticos, no decorrer da execução de suas atividades de trabalho;

VI. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

VII. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.