

À Comissão de Seleção/SEMUS

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026 – SEMUS PALMAS
PROCESSO SEI Nº 17.137010.000064/2026-78
UPA 24H NORTE – JOSÉ DE SOUZA DOURADO
UPA 24H SUL – GERSON PIRES DE AGUIAR

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA – ISAC
CNPJ 14.702.257/0001-08
Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C, Sala 1001,
Ed. Parque Cidade Corporate, Asa Sul, Brasília - DF, 70308-200

ENVELOPE Nº 1 – PROPOSTA TÉCNICA E PROPOSTA FINANCEIRA

Sumário

1 Apresentação....0017
1.1 Introdução....0017
1.2 O Instituto Saúde e Cidadania....0019
1.2.1 Quem somos....0019
1.2.2 Onde atuamos....0022
1.2.3 Experiência em urgência e emergência....0023
1.2.4 Qualidade reconhecida por avaliação externa....0024
1.2.5 Como o ISAC trabalha....0026
1.2.6 Dados cadastrais....0029
1.3 Conhecimento do objeto....0030
1.3.1 O modelo UPA e o seu lugar na rede de atenção à saúde....0030
1.3.2 Palmas, a capital mais jovem do país....0032
1.3.3 A rede de saúde e o lugar das UPAs....0034
1.3.4 As UPAs Norte e Sul....0036
1.3.5 O que essa leitura significa para a gestão....0039
Seção FA.1 – Área de Atividade....0041
FLUXOS OPERACIONAIS....0042
2 Fluxo assistencial do usuário, do acolhimento à alta ou transferência....0042
2.1 A demanda e as escolhas de desenho....0042
2.2 O percurso do usuário, da chegada ao desfecho....0043
2.2.1 Particularidades da UPA Norte....0045
2.2.2 Particularidades da UPA Sul....0046
2.2.3 Gestão do fluxo e plano de contingência para superlotação....0047
2.3 O acolhimento com classificação de risco....0047
2.4 A sala de estabilização....0048
2.4.1 Critérios de admissão....0049
2.4.2 Composição da equipe por turno....0049
2.4.3 Rotina de acionamento da regulação....0049
2.5 A área de observação....0050
2.5.1 Critérios de admissão....0050
2.5.2 Critérios de permanência....0051
2.5.3 Periodicidade de reavaliação....0051
2.5.4 Equipe da observação por turno....0051
2.5.5 Outras regras da observação....0052
2.6 Os fluxogramas....0052
2.7 O monitoramento do fluxo....0054

3 Fluxo unidirecional de materiais esterilizados e de roupas....0056
3.1 O fluxo dos materiais, do expurgo à distribuição....0057
3.2 O fluxo das roupas, da coleta da suja à distribuição da limpa....0059
3.3 Guarda, rastreabilidade dos lotes e registros de monitoramento....0061
3.4 Os dois fluxos em uma só visão....0062
4 Fluxo de resíduos de serviços de saúde, segregado e unidirecional....0063
4.1 Os grupos de resíduos e onde são gerados....0063
4.2 Segregação, acondicionamento, coleta e armazenamento....0064
4.3 A destinação final e a contratação do transporte e do tratamento....0065
4.4 O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde....0066
4.5 O fluxo completo, da geração à destinação....0066
5 Fluxo de registros, documentos e prontuários de usuários....0068
5.1 O fluxo do prontuário, da abertura ao arquivamento....0068
5.2 Guarda, temporalidade e sigilo....0070
5.3 Disponibilização dos registros e prazos....0071
5.4 Recuperação e continuidade dos registros quando o sistema para....0072
INSTRUMENTOS DE GESTÃO....0074
6 Proposta de regimento interno da unidade....0074
6.1 Como o regimento está organizado....0074
6.2 Decisões de organização que o regimento consolida....0075
6.3 Regimento Interno das UPAs 24h Norte e Sul de Palmas....0077
7 Proposta de regimento do serviço de enfermagem....0111
7.1 Como o regimento está organizado....0111
7.2 Decisões de organização que o regimento consolida....0112
7.3 Regimento do Serviço de Enfermagem das UPAs 24h Norte e Sul de Palmas....0114
8 Proposta de regimento do corpo clínico....0158
8.1 Como o regimento está organizado....0158
8.2 Decisões de organização que o regimento consolida....0159
8.3 Regimento do Corpo Clínico das UPAs 24h Norte e Sul de Palmas....0161
9 Projeto de tecnologia da informação e prontuário eletrônico....0195
9.1 A solução de prontuário eletrônico....0195
9.1.1 O que muda no percurso do usuário....0198
9.1.2 Particularidades de cada unidade....0200
9.2 Integração com os sistemas oficiais de informação em saúde....0201
9.3 Infraestrutura, contingência e cópias de segurança....0204
9.3.1 Estações de trabalho e periféricos....0204
9.3.2 Rede, links e energia....0204

9.3.3 Servidores e plataforma....0205
9.3.4 Suporte técnico....0205
9.3.5 Contingência....0206
9.3.6 Cópias de segurança e retenção....0207
9.4 Plano de implantação e capacitação....0207
9.4.1 Capacitação dos usuários....0209
9.5 Segurança da informação e proteção de dados pessoais....0210
9.6 Os dados para as metas, os indicadores e a prestação de contas....0211
9.7 Indicadores do projeto de tecnologia da informação....0214
PROCESSOS E MANUAIS....0219
10 Manual de protocolos assistenciais de urgência....0219
10.1 Como o ISAC elabora, aprova e mantém seus protocolos....0219
10.2 Os protocolos do manual, seus responsáveis e a periodicidade de revisão....0220
10.2.1 Protocolos institucionais complementares....0222
10.3 Implantação, capacitação e monitoramento....0223
10.4 Protocolo 1 — Acolhimento com Classificação de Risco....0224
10.5 Protocolo 2 — Dor Torácica e Síndrome Coronariana Aguda....0240
10.6 Protocolo 3 — Acidente Vascular Cerebral Agudo....0253
10.7 Protocolo 4 — Sepse e Choque Séptico no Adulto e na Criança....0267
10.8 Protocolo 5 — Atendimento Inicial ao Trauma....0282
11 Manual de rotinas de almoxarifado, farmácia e patrimônio e de transporte sanitário 0296
11.1 Decisões consolidadas nesta proposta....0296
11.2 Articulação com os demais itens da Proposta Técnica....0297
11.3 Manual de Rotinas de Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio....0298
11.4 Manual de transporte sanitário....0319
11.4.1 Finalidade, abrangência e base normativa....0319
11.4.2 Quando a ambulância da unidade é usada....0320
11.4.3 Organização do serviço em cada UPA....0322
11.4.4 Rotina de acionamento....0323
11.4.5 Operação do transporte....0325
11.4.6 Tripulação....0329
11.4.7 Veículo, equipamentos e conservação....0332
11.4.8 Controle de quilometragem e de combustível....0335
11.4.9 Registros e informação....0336
11.4.10 Indicadores e metas internas....0337
11.4.11 Particularidades da UPA Norte e da UPA Sul....0338
11.4.12 Implantação....0339
11.4.13 Revisão do manual....0339
12 Manual de rotinas administrativo-financeiras e de gestão de custos....0340

12.1 O que o manual resolve....0340
12.2 Decisões consolidadas nesta proposta....0341
12.3 Articulação com os demais itens da Proposta Técnica....0341
12.4 Manual de Rotinas Administrativo-Financeiras e de Gestão de Custos....0343
INCREMENTO DE ATIVIDADES....0373
13 Proposta de projetos assistenciais que ampliem a resolutividade....0373
13.1 Projeto 1 — Retorno Seguro: acompanhamento ativo depois da alta....0373
13.1.1 Objetivo, população e resultado esperado....0373
13.1.2 Atividades....0374
13.1.3 Indicadores....0374
13.1.4 Cronograma e recursos....0375
13.2 Projeto 2 — Ultrassonografia à beira do leito na sala de estabilização....0375
13.2.1 Objetivo, população e resultado esperado....0375
13.2.2 Atividades....0376
13.2.3 Indicadores....0376
13.2.4 Cronograma e recursos....0376
13.3 Declaração....0377
Seção FA.2 – Área de Qualidade....0378
QUALIDADE OBJETIVA — COMISSÕES E NÚCLEOS....0379
14 Comissões e núcleos....0379
14.1 Regras comuns a todas as instâncias....0380
14.2 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CARP)....0382
14.2.1 Proposta de constituição....0382
14.2.2 Minuta de regimento interno....0383
14.2.3 Cronograma anual de atividades....0387
14.3 Comissão de Revisão de Óbitos (CRO)....0388
14.3.1 Proposta de constituição....0388
14.3.2 Minuta de regimento interno....0388
14.3.3 Cronograma anual de atividades....0392
14.4 Comissão de Ética Médica (CEM)....0393
14.4.1 Proposta de constituição....0393
14.4.2 Minuta de regimento interno....0393
14.4.3 Cronograma anual de atividades....0397
14.5 Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn)....0398
14.5.1 Proposta de constituição....0398
14.5.2 Minuta de regimento interno....0399
14.5.3 Cronograma anual de atividades....0402
14.6 Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)....0403
14.6.1 Proposta de constituição....0403

14.6.2 Minuta de regimento interno....0404
14.6.3 Cronograma anual de atividades....0408
14.7 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA)....0409
14.7.1 Proposta de constituição....0409
14.7.2 Minuta de regimento interno....0410
14.7.3 Cronograma anual de atividades....0414
14.8 Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)....0415
14.8.1 Proposta de constituição....0415
14.8.2 Minuta de regimento interno....0415
14.8.3 Cronograma anual de atividades....0419
14.9 Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS)....0420
14.9.1 Proposta de constituição....0420
14.9.2 Minuta de regimento interno....0420
14.9.3 Cronograma anual de atividades....0424
14.10 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)....0425
14.10.1 Proposta de constituição....0425
14.10.2 Minuta de regimento interno....0426
14.10.3 Cronograma anual de atividades....0430
14.11 Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde (NEPES)....0431
14.11.1 Proposta de constituição....0431
14.11.2 Minuta de regimento interno....0432
14.11.3 Cronograma anual de atividades....0436
QUALIDADE SUBJETIVA....0437
15 Manual de acolhimento com classificação de risco....0437
15.1 O que o manual resolve....0437
15.2 Decisões consolidadas nesta proposta....0438
15.3 Articulação com os demais itens da Proposta Técnica....0438
15.4 Manual de Acolhimento com Classificação de Risco — Dimensão Relacional....0439
16 Proposta de ouvidoria e pesquisa de satisfação....0460
16.1 Os canais de recebimento....0460
16.2 O fluxo de tratamento e os prazos....0460
16.3 A articulação com a Ouvidoria do SUS Municipal....0461
16.4 A pesquisa de satisfação....0462
16.5 A divulgação dos resultados e o retorno ao usuário....0463
16.6 Estrutura, responsáveis e capacitação....0464
16.7 Indicadores....0464
17 Publicização das prestações de contas e dos resultados assistenciais....0468
17.1 O que o Instituto já publica....0468

17.2 A página da parceria....0470
17.3 O conteúdo publicado....0471
17.4 Do protocolo à publicação: periodicidade e responsáveis....0471
17.4.1 Elaboração com assessoramento da sede....0472
17.4.2 Controle Interno antes do protocolo e antes da publicação....0472
17.4.3 Publica-se o que a Secretaria já analisou....0472
17.4.4 Responsáveis....0473
17.5 A divulgação nas instalações....0473
17.6 Monitoramento....0474
IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS....0477
18 Organização e funcionamento das áreas assistenciais....0477
18.1 O acolhimento e a classificação de risco....0478
18.2 Os consultórios....0479
18.2.1 Distribuição dos consultórios por turno....0480
18.2.2 Articulação com a classificação de risco....0480
18.2.3 Pediatria....0481
18.2.4 O pico da manhã....0481
18.3 A sala de medicação e a sala de imobilização....0481
18.3.1 Sala de medicação....0481
18.3.2 Sala de imobilização....0483
18.4 A observação e a sala de estabilização....0483
18.4.1 Equipe por turno....0484
18.4.2 Critérios de ocupação e de desocupação dos leitos....0485
18.5 Dimensionamento das equipes por área e por turno....0486
18.6 O que muda entre as unidades....0490
18.6.1 UPA Norte....0490
18.6.2 UPA Sul....0490
18.7 Acompanhamento das áreas....0491
19 Organização do apoio diagnóstico....0492
19.1 O laboratório de análises clínicas....0492
19.2 Radiologia e ultrassonografia....0493
19.3 Eletrocardiografia....0494
19.4 Tempo de resposta comprometido....0494
19.5 Resultados críticos....0495
19.6 Gestão e fiscalização do apoio diagnóstico....0496
20 Organização dos serviços de apoio....0497
20.1 Farmácia....0497
20.2 Processamento de materiais, rouparia e lavanderia....0499

20.3 Higienização e limpeza....0499
20.4 Resíduos, vigilância patrimonial e alimentação....0500
20.5 Manutenção predial e de equipamentos....0501
20.6 Quem executa cada serviço e como é fiscalizado....0503
21 Contrarreferência e articulação com a Rede de Atenção à Saúde....0505
21.1 Contrarreferência à Atenção Primária....0506
21.1.1 Instrumento: a guia de contrarreferência....0506
21.1.2 Quem recebe contrarreferência ativa....0507
21.1.3 Meios de envio e prazos contados da alta....0508
21.1.4 Identificação da unidade de referência....0509
21.1.5 Usuários frequentes e cuidado compartilhado....0510
21.2 Encaminhamento e transferência para os demais pontos da rede....0510
21.2.1 Transferência regulada para internação ou serviço de maior complexidade....0511
21.2.2 Saúde mental....0512
21.2.3 Violência e rede de proteção....0512
21.2.4 Vigilância em saúde....0512
21.2.5 Consultas e exames eletivos....0512
21.2.6 Pontos da rede, acionamento e registro....0513
21.3 O transporte sanitário nos fluxos de transferência....0513
21.3.1 Quando a ambulância Tipo B da unidade é acionada....0513
21.3.2 Articulação com o SAMU 192....0514
21.4 Rotinas de articulação com a rede....0515
21.5 Indicadores de acompanhamento da contrarreferência....0515
21.6 Particularidades da UPA Norte e da UPA Sul....0516
21.6.1 UPA Norte – José de Souza Dourado....0516
21.6.2 UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar....0516
21.7 Implantação....0517
POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO....0518
22 Quadro de pessoal por área e categoria profissional....0518
22.1 Como o quadro foi dimensionado....0518
22.2 O quadro da UPA Norte....0519
22.3 O quadro da UPA Sul....0522
22.4 Os postos por área e por turno....0526
22.5 As escalas e a cobertura das ausências....0528
22.6 A remuneração proposta e os pisos aplicáveis....0529
22.7 A compatibilidade com o Termo de Referência....0531
22.8 A correspondência com as planilhas de custos....0532
23 Organograma e atribuições dos cargos....0534

23.1 Direção a partir da sede e três responsáveis em cada unidade....0534
23.2 A estrutura de cada unidade....0535
23.3 Quem responde por cada unidade....0537
23.4 Linhas de subordinação e de assessoramento....0538
23.5 Atribuições dos cargos....0540
23.5.1 Diretoria Geral e apoio da sede....0541
23.5.2 Diretoria Técnica de cada unidade....0543
23.5.3 Coordenação de Enfermagem de cada unidade....0545
23.5.4 Gerência de cada unidade....0548
23.6 Como a estrutura é mantida....0550
24 Gestão de pessoas....0551
24.1 O modelo de gestão de pessoas nas UPAs....0554
24.1.1 Estrutura nas unidades e apoio da sede....0555
24.1.2 Princípios....0557
24.1.3 Quem decide o quê....0557
24.1.4 Planejamento da força de trabalho....0558
24.1.5 Marco legal e normativo....0559
24.1.6 Sistemas de informação....0559
24.1.7 Relação com a Secretaria Municipal da Saúde....0559
24.2 Recrutamento e seleção....0560
24.2.1 Critérios objetivos....0560
24.2.2 Divulgação das oportunidades....0561
24.2.3 Etapas e critérios de avaliação....0562
24.2.4 Equipe de seleção e integridade do processo....0563
24.2.5 Prazos de um processo seletivo....0564
24.2.6 Resultado, recursos e cadastro reserva....0564
24.2.7 Garantias e vedações....0565
24.2.8 Enfermeiros da classificação de risco....0565
24.2.9 Corpo clínico....0565
24.2.10 Seleção interna e lideranças....0566
24.2.11 Serviços terceirizados....0566
24.2.12 Mobilização inicial das equipes....0567
24.2.13 Comunicação com os trabalhadores na transição....0568
24.3 Contratação, admissão e integração....0569
24.3.1 Formas de vínculo, jornadas e remuneração....0569
24.3.2 Requisição de pessoal....0570
24.3.3 Rotina de admissão....0570
24.3.4 Registros legais e cadastros oficiais....0572
24.3.5 Integração....0573

24.3.6 Período de experiência....0574
24.3.7 Movimentações internas....0574
24.3.8 Estagiários, residentes e voluntários....0574
24.3.9 Servidores municipais cedidos....0575
24.4 Avaliação de desempenho....0575
24.4.1 Modelo de avaliação....0575
24.4.2 Competências por grupo de cargos....0576
24.4.3 Instrumento aplicado....0576
24.4.4 Periodicidade e ciclo....0577
24.4.5 Consequências do resultado....0579
24.4.6 Avaliação do corpo clínico....0580
24.4.7 Avaliação das lideranças....0580
24.4.8 Registro e sigilo....0581
24.4.9 Desenvolvimento profissional e lideranças....0581
24.5 Organização das escalas de trabalho....0581
24.5.1 Elaboração e publicação....0582
24.5.2 Trocas de plantão....0582
24.5.3 Escala médica....0583
24.5.4 Controle de frequência....0583
24.6 Enfrentamento do absenteísmo....0583
24.6.1 O que conta como ausência....0584
24.6.2 Indicador de aferição e meta interna....0584
24.6.3 Monitoramento....0585
24.6.4 Atestados e justificativas....0586
24.6.5 Ação sobre as causas....0587
24.6.6 Condutas individuais....0587
24.6.7 Cobertura das ausências....0588
24.7 Desligamento e reposição do posto de trabalho....0590
24.7.1 Rotina de desligamento....0590
24.7.2 Entrevista de desligamento e análise da rotatividade....0592
24.7.3 Reposição do posto de trabalho....0592
24.7.4 Retenção dos profissionais....0592
24.7.5 Encerramento da parceria....0593
24.8 Relações de trabalho, saúde do trabalhador e integridade....0593
24.8.1 Saúde e segurança no trabalho....0593
24.8.2 Cuidado com a saúde mental....0595
24.8.3 Ética, integridade e canal de denúncias....0595
24.8.4 Prevenção da violência contra os trabalhadores....0595
24.8.5 Proteção dos dados dos profissionais....0596
24.8.6 Clima, comunicação e igualdade....0596

24.9 Particularidades da UPA Norte e da UPA Sul....0597
24.9.1 UPA Norte – José de Souza Dourado....0597
24.9.2 UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar....0597
24.10 Riscos da gestão de pessoas e contingências....0598
24.11 Indicadores de gestão de pessoas....0598
24.11.1 Auditoria e melhoria contínua....0599
24.12 Cronograma de implantação....0600
24.13 Anexos da gestão de pessoas....0601
24.13.1 Anexo 1 – Modelo de edital de processo seletivo....0601
24.13.2 Anexo 2 – Roteiro e ficha da entrevista por competências....0604
24.13.3 Anexo 3 – Formulário de requisição de pessoal....0606
24.13.4 Anexo 4 – Checklist de admissão e documentação....0607
24.13.5 Anexo 5 – Avaliação do período de experiência (45 e 90 dias)....0609
24.13.6 Anexo 6 – Formulário de avaliação anual de desempenho e PDI....0610
24.13.7 Anexo 7 – Formulário de avaliação semestral do corpo clínico....0612
24.13.8 Anexo 8 – Fichas técnicas dos indicadores de gestão de pessoas....0613
24.13.9 Anexo 9 – Registro de ausência e roteiro da conversa de retorno....0615
24.13.10 Anexo 10 – Checklist de desligamento e roteiro da entrevista de desligamento 0616
24.13.11 Anexo 11 – Normas institucionais do ISAC....0617
25 Programa de Educação Permanente....0686
25.1 Como o programa acontece....0687
25.1.1 Matriz de capacitação por categoria profissional....0688
25.1.2 Cronograma anual das ações de capacitação....0692
25.1.3 Responsáveis, registro da frequência e certificação....0693
25.1.4 Classificação de risco, segurança do paciente e protocolos assistenciais....0694
25.1.5 Avaliação das ações de Educação Permanente....0695
25.1.6 Estágios e atividades de aprendizagem em serviço....0697
Seção FA.3 – Área de Qualificação Técnica....0699
EXPERIÊNCIA ANTERIOR — TEMPO DE GESTÃO....0700
26 Experiência — UPA 24h Porte III....0700
27 Experiência — UPA 24h Porte II....0881
28 Experiência — UPA 24h Porte I ou outro serviço de urgência....1108
EXPERIÊNCIA ANTERIOR — AMPLITUDE....1131
29 Número de unidades geridas....1131
SERVIÇO PRÓPRIO....1188
30 Serviço próprio com CNES....1188

QUALIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS INDICADOS 1194
31 Responsável Técnico Médico 1194
32 Responsável administrativo-financeiro 1228
ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO 1250
33 Acreditação em saúde 1250
34 CEBAS na área da saúde 1262
Demais documentos do Envelope nº 1 1270
Proposta Financeira — Consolidação e valor global 1270
Proposta Financeira — Planilha de Composição de Custos da UPA Norte 1271
Proposta Financeira — Planilha de Composição de Custos da UPA Sul 1276
Proposta Financeira — Orçamentos, encargos, pisos salariais e correspondência com o quadro de pessoal 1281
Atestado de visita técnica 1290
Formulário V-A — Sumário analítico da proposta técnica 0013
Formulário V-B — Experiência anterior: tempo de gestão 0014
Formulário V-C — Experiência anterior: unidades geridas 0015
Formulário V-D — Responsáveis indicados 0016

Formulário V-A — Sumário analítico da proposta técnica

Indicação da folha em que se encontra o conteúdo de cada item do roteiro do Anexo V, na forma do item 14.7.1.1 do Termo de Referência. A coluna "Pontos" é reproduzida para conferência.

Item	Elemento avaliado	Pontos	Capítulo	Fls.
V.1.1	Fluxo assistencial do usuário	3 pts	2	0042
V.1.2	Fluxo de materiais esterilizados e roupas	1 pt	3	0056
V.1.3	Fluxo de resíduos de serviços de saúde	1 pt	4	0063
V.1.4	Fluxo de registros e prontuários	1 pt	5	0068
V.1.5	Regimento interno da unidade	2 pts	6	0074
V.1.6	Regimento do serviço de enfermagem	2 pts	7	0111
V.1.7	Regimento do corpo clínico	2 pts	8	0158
V.1.8	Tecnologia da informação e prontuário eletrônico	3 pts	9	0195
V.1.9	Manual de protocolos assistenciais	2 pts	10	0219
V.1.10	Manual de almoxarifado, farmácia e patrimônio	1 pt	11	0296
V.1.11	Manual administrativo-financeiro e de custos	2 pts	12	0340
V.1.12	Projetos de incremento da resolutividade	2 pts	13	0373
V.2.1	Comissões e núcleos obrigatórios (10 instâncias)	até 10 pts	14	0379
V.2.2	Manual de acolhimento — dimensão relacional	2 pts	15	0437
V.2.3	Ouvidoria e pesquisa de satisfação	1 pt	16	0460
V.2.4	Publicização de contas e resultados	1 pt	17	0468
V.2.5	Áreas assistenciais	2 pts	18	0477
V.2.6	Apoio diagnóstico e tempo de resposta	2 pts	19	0492
V.2.7	Serviços de apoio	2 pts	20	0497
V.2.8	Contrarreferência e articulação com a RAS	1 pt	21	0505
V.2.9	Quadro de pessoal	2 pts	22	0518
V.2.10	Organograma e atribuições	1 pt	23	0534
V.2.11	Seleção, contratação e desempenho	2 pts	24	0551
V.2.12	Educação permanente	2 pts	25	0686
V.3.1	Experiência — UPA 24h Porte III	até 8 pts	26	0700
V.3.2	Experiência — UPA 24h Porte II	até 7 pts	27	0881
V.3.3	Experiência — UPA 24h Porte I ou outro serviço de urgência	até 6 pts	28	1108
V.3.4	Número de unidades geridas	até 4 pts	29	1131
V.3.5	Serviço próprio com CNES	1 pt	30	1188
V.3.6	Responsável Técnico Médico	1 pt	31	1194
V.3.7	Responsável administrativo-financeiro	1 pt	32	1228
V.3.8	Acreditação em saúde	até 4 pts	33	1250
V.3.9	CEBAS na área da saúde	1 pt	34	1262

Nota: a soma dos itens V.3.1 a V.3.3 não integra o total, por serem alternativos entre si (TR, item 16.2.5). Total da Proposta Técnica: 70 pontos.

Formulário V-B — Experiência anterior: tempo de gestão

Unidades geridas, agrupadas pela linha de enquadramento dos itens V.3.1 a V.3.3. Períodos concomitantes na mesma linha são computados uma única vez.

Linha	Unidade gerida	CNES	Porte	Mantenedora	Instrumento	Início	Término	Meses	Fls.
V.3.1	UPA 24h Dr. José Alfredo Vasco Tenório (Trapiche da Barra) — Maceió/AL	7911238	III	Município de Maceió — SMS	Contrato de Gestão nº 294/2015 e aditivos; Termo de Colaboração nº 001/2025	22/02/2016	vigente	128	0703-0789
V.3.1	UPA 24h Dr. Roosevelt Falcão Cavalcante (Benedito Bentes) — Maceió/AL	9056971	III	Município de Maceió — SMS	Contrato de Gestão nº 101/2016 e aditivos; Termo de Colaboração nº 001/2026	18/04/2016	vigente	126	0790-0864
V.3.1	UPA 24h Santa Lúcia — Maceió/AL	4463129	III	Município de Maceió — SMS	Termo de Colaboração nº 001/2024 e aditivos	27/02/2024	vigente	32	0865-0870
V.3.1	UPA 24h San Martin — Salvador/BA	7521316	III	Município de Salvador — SMS	Contrato de gestão e aditivos	05/10/2022	vigente	49	0871-0880
V.3.2	UPA 24h Anatólio Dias Carneiro — Araguaína/TO	6886345	II	Município de Araguaína — SMS	Contrato de Gestão Emergencial nº 022/2018; Contratos de Gestão nº 001/2019 e nº 001/2024	23/04/2018	vigente	102	0882-1107
V.3.3	Hospital Municipal de Araguaína e Pronto Atendimento Infantil — Araguaína/TO	3663051	—	Município de Araguaína — SMS	Contrato de Gestão nº 001/2024 e anteriores	23/04/2018	vigente	102	1109-1124
TOTAL DE MESES NA LINHA ADOTADA (V.3.1)								**128**	

O porte de cada unidade é o constante do respectivo ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, na forma do item 4.3 do Anexo V. Os atos acompanham os comprovantes de cada unidade, precedidos da relação que os identifica. Nos atos posteriores à Portaria nº 10/GM/MS, de 3 de janeiro de 2017, o Porte III é designado como Opção VIII — mesma dotação de 9 médicos em 24 horas e mesmo custeio mensal de R$ 250.000,00.

A linha adotada é a V.3.1: a gestão da UPA 24h Trapiche da Barra, iniciada em 22/02/2016 e vigente, perfaz 128 meses. As UPAs Benedito Bentes, Santa Lúcia e San Martin integram a mesma linha em períodos concomitantes e, na forma do item 4.4.1 do Anexo V, não acrescem ao total. As linhas V.3.2 e V.3.3 são alternativas e constam para conferência.

A gestão da UPA 24h Benedito Bentes é atestada pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió como ininterrupta desde 18/04/2016, inicialmente sob o Contrato de Gestão nº 101/2016 e seus termos aditivos e, a partir de 08/09/2026, sob o Termo de Colaboração nº 001/2026, com vigência de 48 (quarenta e oito) meses.

Formulário V-C — Experiência anterior: unidades geridas

Unidades de urgência e emergência geridas por período igual ou superior a 12 (doze) meses, para efeito do item V.3.4. A mesma unidade indicada no Formulário V-B pode ser aqui relacionada.

Unidade gerida	CNES	Mantenedora	Início	Término	Meses	Fls.
UPA 24h Trapiche da Barra — Maceió/AL	7911238	Município de Maceió	22/02/2016	vigente	128	1132-1143
UPA 24h Anatólio Dias Carneiro — Araguaína/TO	6886345	Município de Araguaína	23/04/2018	vigente	102	1156-1167
Hospital Municipal de Araguaína — Pronto Atendimento Infantil — Araguaína/TO	3663051	Município de Araguaína	23/04/2018	vigente	102	1168-1183
Pronto Atendimento Covid — Araguaína/TO	—	Município de Araguaína	05/2020	01/2022	20	1129-1130
UPA 24h Benedito Bentes — Maceió/AL	9056971	Município de Maceió	18/04/2016	vigente	126	1144-1147
UPA 24h Santa Lúcia — Maceió/AL	4463129	Município de Maceió	27/02/2024	vigente	32	1148-1151
UPA 24h San Martin — Salvador/BA	7521316	Município de Salvador	05/10/2022	vigente	49	1152-1155
Hospital Estadual Dirceu Arcoverde — HEDA — Parnaíba/PI	—	Estado do Piauí — SESAPI	20/06/2023	vigente	40	1184-1187
NÚMERO TOTAL DE UNIDADES					8	

Três ou mais unidades atribuem a pontuação máxima do item V.3.4, e cada uma é comprovada por documento próprio. A acreditação ONA nível 3 do item V.3.8 recai sobre as UPAs Trapiche da Barra e Benedito Bentes, e a acreditação Qmentum International Gold sobre o Hospital Municipal de Araguaína, o Pronto Atendimento Infantil, a UPA Anatólio Dias Carneiro, a UPA Benedito Bentes e a UPA Trapiche da Barra; os períodos de gestão correspondentes constam desta relação. O Hospital Estadual Dirceu Arcoverde é unidade de média e alta complexidade com 337 leitos ativos e pronto-socorro em funcionamento ininterrupto, gerido sob o Contrato de Gestão nº 36/2023 firmado com a SESAPI.

Formulário V-D — Responsáveis indicados

Função	Nome	CPF	Formação	Conselho e registro	Experiência (meses)	Fls.
Responsável Técnico Médico	Jullyanna Alves da Silva	007.582.671-26	Medicina	CRM/TO 2416	88	1195-1227
Responsável administrativo-financeiro	José Waldemar Cardoso Santos	352.200.662-34	Tecnologia em Gestão de Pequenas e Médias Empresas; pós-graduação em Auditoria em Saúde e MBA em Gestão de Projetos	CRA/PA 6-00554	72	1229-1249

A coluna "Experiência (meses)" computa, para o Responsável Técnico Médico, o período de abril de 2018 a agosto de 2025 na direção técnica da UPA 24h Anatólio Dias Carneiro e, para o Responsável administrativo-financeiro, o período de 13/10/2020 à data da entrega da proposta.

1 Apresentação

Objeto: gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado (CNES 2755289) e da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Sul – Gerson Pires de Aguiar (CNES 2492555), em Palmas, Tocantins, em regime ininterrupto e com atendimento universal e gratuito, mediante Termo de Colaboração.

Chamamento Público nº 001/2026 – Secretaria Municipal da Saúde de Palmas (SEMUS) – Processo SEI nº 17.137010.000064/2026-78.

Proponente: Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, CNPJ 14.702.257/0001-08.

1.1 Introdução

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC apresenta à Comissão de Seleção a sua Proposta Técnica para a gestão da UPA 24h Norte e da UPA 24h Sul de Palmas. As duas unidades estão habilitadas no Porte III, Opção VIII, funcionam sem interrupção e, juntas, recebem cerca de 25.700 usuários por mês, ou quase 850 por dia. São a porta de entrada de urgência da capital e de parte da região que a cerca, e o que acontece dentro delas repercute de imediato nas unidades de saúde da família, no SAMU e nos hospitais de referência.

A proposta foi escrita a partir de uma leitura cuidadosa do Termo de Referência e, sobretudo, dos dados de produção das próprias unidades entre janeiro de 2025 e agosto de 2026. É a demanda efetivamente registrada, e não o parâmetro mínimo de habilitação, que orienta o desenho dos fluxos, o tamanho das equipes e a composição dos custos. Por isso a seção 1.3, que apresenta Palmas, a rede de saúde e as duas UPAs, vem antes das propostas de trabalho: é dessa leitura que elas decorrem.

O ISAC chega a Palmas com experiência no mesmo tipo de serviço. O Instituto gere hoje Unidades de Pronto Atendimento em Maceió, Salvador e Araguaína, além de hospitais, ambulatórios e centrais de diagnóstico, e traz para esta parceria um modelo de gestão já testado por avaliações externas, com acreditações da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e da Qmentum International em unidades de urgência. No Tocantins, a gestão do Hospital Municipal de Araguaína, da UPA Anatólio Dias Carneiro, do Pronto Atendimento Infantil e do Ambulatório Municipal de Especialidades deu ao Instituto conhecimento prático da rede estadual, da regulação de leitos e do mercado de trabalho em saúde no estado.

Quatro compromissos atravessam todo o documento:

- **Continuidade.** Os serviços das UPAs não podem parar. A transição será conduzida de forma a que nenhum plantão fique descoberto e nenhum serviço seja interrompido, em articulação com a SEMUS e com o plano de transição já determinado pelo Tribunal de Contas do Estado.

- **Dimensionamento pela demanda real.** Escalas, classificação de risco, observação e apoio diagnóstico foram pensados para os picos que as unidades de fato registram: a manhã, a segunda-feira, os meses de abril, maio e outubro.
- **Resultados medidos e transparentes.** Cada passagem do usuário pela unidade tem horário registrado no prontuário eletrônico, de modo que os indicadores do Anexo II saiam do próprio sistema e possam ser acompanhados pela SEMUS, pelos órgãos de controle e pela população.
- **Qualidade e segurança como método de trabalho.** Protocolos clínicos, gestão de riscos, educação permanente e a preparação das unidades para a acreditação fazem parte da rotina desde o primeiro mês, e não de uma etapa posterior.

A Proposta Técnica segue a ordem do roteiro do Anexo V, em três partes que correspondem às áreas de avaliação: Atividade, Qualidade e Qualificação Técnica. O Formulário V-A, no início do volume, indica a folha em que se encontra cada item. O que vale para as duas unidades é apresentado uma única vez; onde há diferença de estrutura, de demanda ou de fluxo entre a UPA Norte e a UPA Sul, ela é tratada em subseção própria. A Proposta Financeira, com as planilhas de composição de custos de cada unidade, integra o mesmo envelope. A proposta tem validade de 120 dias, contados da abertura do Envelope nº 1.

1.2 O Instituto Saúde e Cidadania

1.2.1 Quem somos

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, fundada em 2011 em Brasília (DF) por profissionais de saúde e de gestão que queriam levar ao Sistema Único de Saúde a mesma qualidade e eficiência que conheciam em serviços de excelência. Desde então, o Instituto se dedica à gestão, à implantação e à assessoria de serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade, em parceria com municípios e estados, por meio de contratos de gestão, termos de colaboração e convênios.

Em quinze anos de atuação, foram mais de 4 milhões de atendimentos e 8,5 milhões de procedimentos realizados, em cerca de 50 especialidades. O propósito que orienta esse trabalho é transformar vidas e fortalecer comunidades por meio da excelência na gestão da saúde, promovendo acesso, cuidado humanizado e inovação para um sistema de saúde sustentável.

A identidade institucional foi revista no ciclo de planejamento estratégico 2026–2027, que atualizou a missão, a visão e a definição do negócio do Instituto e manteve os seis valores que o acompanham desde a origem. É essa identidade que orienta tanto as decisões da direção quanto o comportamento esperado de cada colaborador na ponta.

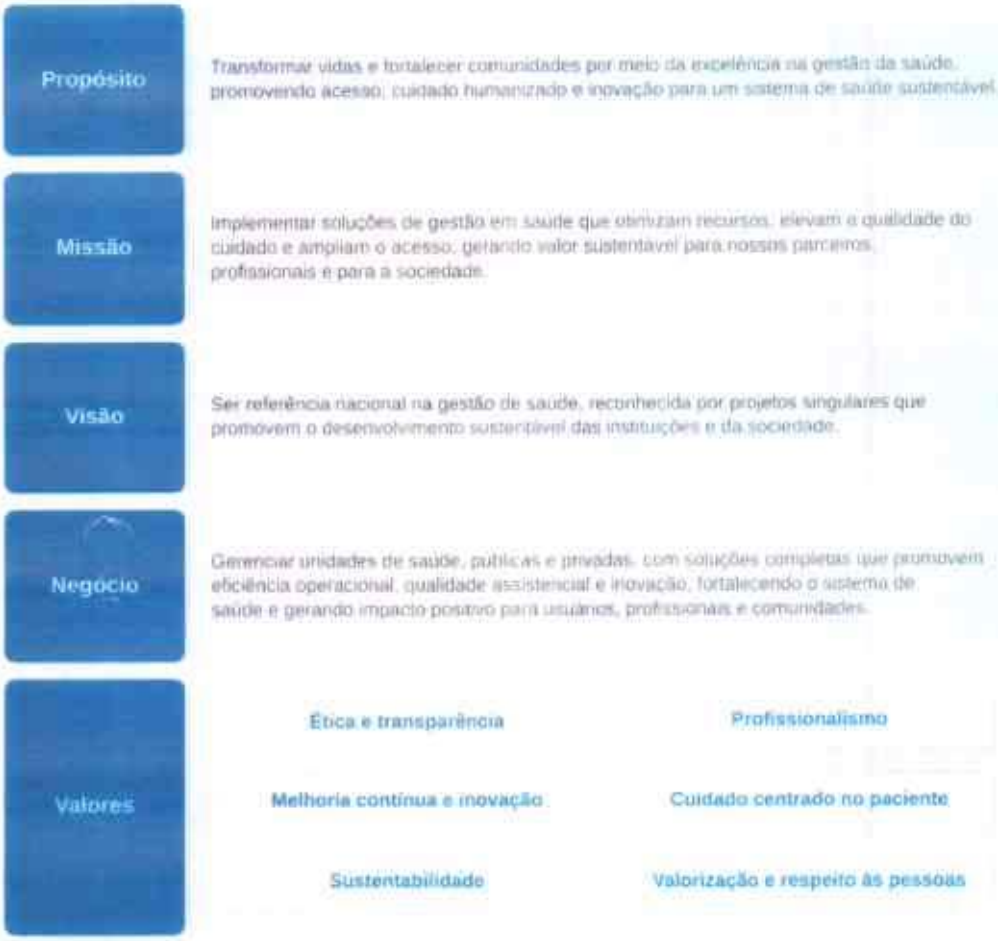

Figura 1.1 – Identidade institucional do ISAC

O plano estratégico traduz essa identidade em nove objetivos, organizados em quatro perspectivas. Na perspectiva financeira, garantir a sustentabilidade que permite manter os serviços. Na da sociedade, dar transparência à gestão e fazer com que a qualidade dos serviços seja reconhecida por quem os usa. Nos processos internos, prestar assistência com qualidade e segurança, tornar os fluxos mais eficientes e cumprir com rigor os requisitos contratuais e regulatórios. No aprendizado e crescimento, desenvolver as competências das equipes, cuidar do engajamento e do bem-estar dos colaboradores e formar lideranças. Cada objetivo tem indicadores e metas acompanhados mensalmente no sistema de gestão estratégica do Instituto, desdobrados para cada unidade.

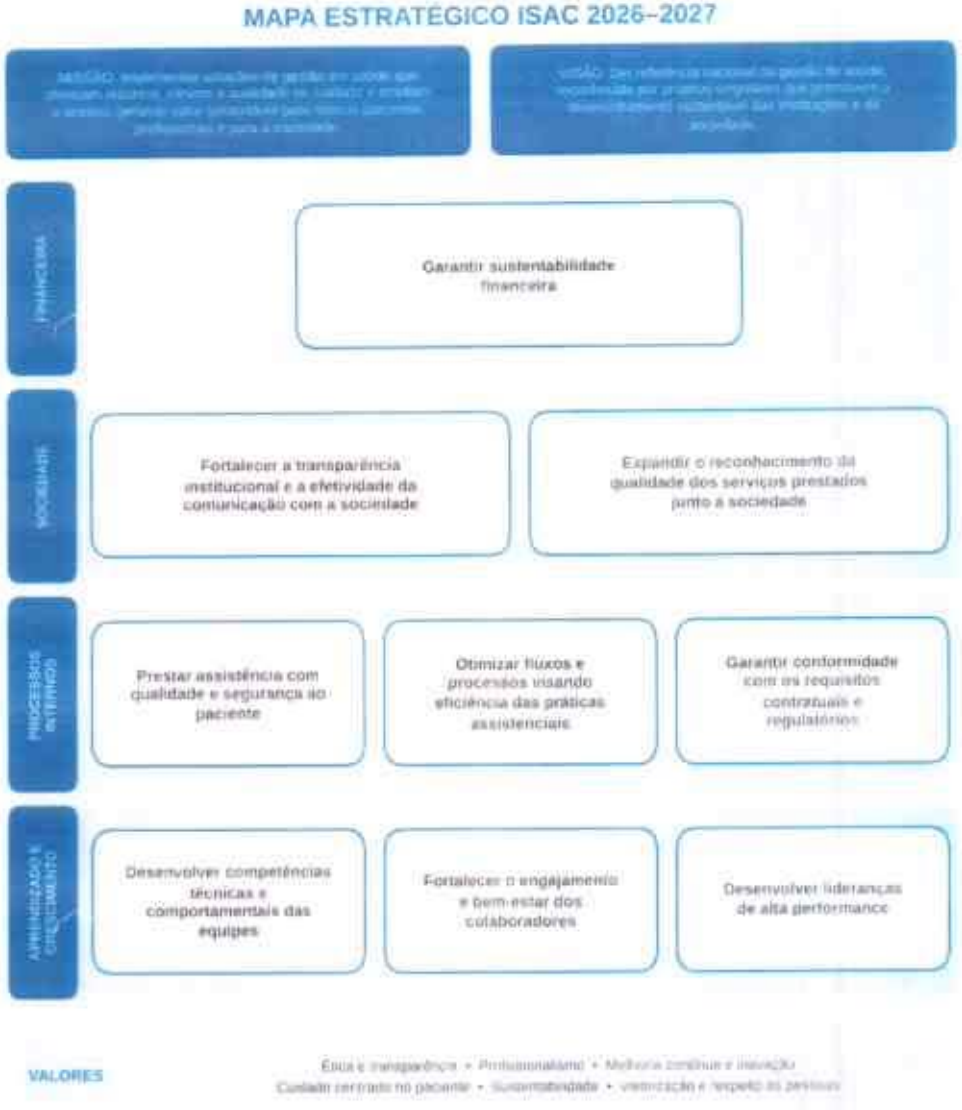

Figura 1.2 – Mapa estratégico do ISAC 2026–2027

O plano identifica também os fatores críticos para o sucesso do Instituto: eficiência na gestão de recursos, excelência e humanização no cuidado, inovação em processos e tecnologia, desenvolvimento contínuo das equipes, parcerias estratégicas e sustentáveis com o poder público, cultura de resultados e impacto social, conformidade regulatória em saúde e uma relação de confiança com parceiros, equipes e sociedade. São, na prática, os mesmos atributos que a gestão de duas UPAs de grande movimento exige.

1.2.2 Onde atuamos

O ISAC gere atualmente 18 unidades de saúde em seis estados, com sede administrativa no Distrito Federal. A carteira combina hospitais gerais e regionais, Unidades de Pronto Atendimento, pronto atendimento infantil, ambulatórios de especialidades, centrais de diagnóstico e centro de reabilitação, o que dá ao Instituto repertório para lidar com toda a cadeia de cuidado em que uma UPA se insere: da atenção primária que encaminha ao hospital que recebe a transferência.

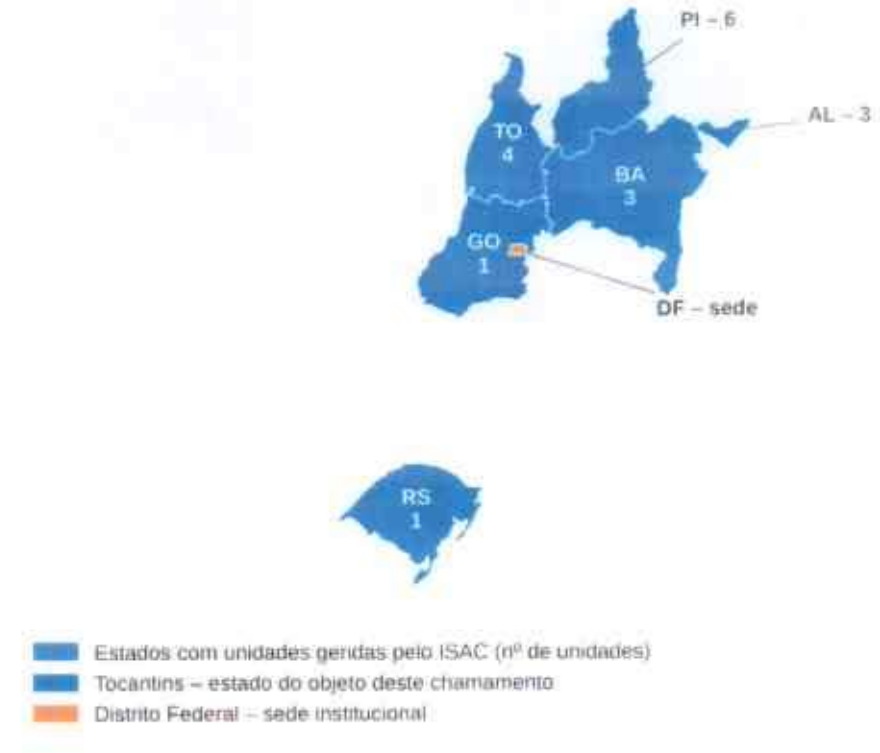

Figura 1.3 – Estados e unidades geridas pelo ISAC

Quadro 1.1 – Unidades geridas pelo ISAC, por estado

Estado	Unidades geridas
Alagoas	UPA Benedito Bentes, UPA Trapiche da Barra e UPA Santa Lúcia – Maceió
Bahia	UPA San Martin, Multicentro de Saúde Carlos Gomes e Multicentro de Saúde Vale das Pedrinhas – Salvador
Goiás	Hospital do Entorno
Piauí	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), Hospital Regional Chagas Rodrigues, Centro Especializado de Reabilitação (CER IV) de Parnaíba e Centrais de Diagnóstico de Parnaíba, Esperantina e Água Branca
Tocantins	Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado (HMA), UPA Anatólio Dias Carneiro, Pronto Atendimento Infantil (PAI) e Ambulatório Municipal de Especialidades (AME) – Araguaína
Rio Grande do Sul	Hospital ISAC

1.2.3 Experiência em urgência e emergência

A gestão de Unidades de Pronto Atendimento está na origem do ISAC como gestor público. As UPAs Trapiche da Barra e Benedito Bentes, em Maceió, ambas de Porte III e com mais de 500 atendimentos por dia, foram os primeiros grandes projetos do Instituto e se tornaram referência: a Trapiche da Barra recebeu o selo ONA 1 em 2019 e o ONA 2 em 2021, e as duas unidades, junto com o Hospital da Cidade, alcançaram o nível de excelência, ONA 3, em 2024. Em 2022, as duas participaram do projeto Lean Healthcare – Lean nas UPAs, que levou métodos de fluxo contínuo para dentro das salas de espera e de observação.

A experiência se estende a outras portas de urgência. Em Araguaína, no norte do Tocantins, o ISAC responde pela UPA Anatólio Dias Carneiro e pelo Pronto Atendimento Infantil. Em Salvador, a UPA San Martin recebeu em 2023 o certificado ouro de qualidade na execução do projeto IAM, voltado ao atendimento do infarto agudo do miocárdio. Em Maceió, a UPA Santa Lúcia foi eleita em 2025 o melhor lugar para trabalhar na saúde do Brasil, na categoria de hospitais de médio e grande porte, pelo Great Place to Work – um resultado que diz muito sobre a capacidade de fixar equipes em serviços de alta pressão, como são as UPAs.

Quadro 1.2 – Unidades de urgência geridas pelo ISAC

Unidade de urgência	Local	Principais reconhecimentos
UPA Trapiche da Barra	Maceió/AL	ONA 1 (2019), ONA 2 (2021) e ONA 3 (2024); Qmentum em rede (2022); Lean nas UPAs (2022); GPTW 2018 e 2024
UPA Benedito Bentes	Maceió/AL	ONA 1 (2022), ONA 2 (2023) e ONA 3 (2024); Qmentum em rede (2022); Lean nas UPAs (2022); GPTW 2024
UPA Santa Lúcia	Maceió/AL	GPTW 2024; GPTW 2025 – 1º lugar no Brasil em saúde (médio e grande porte) e 2º lugar em Alagoas
UPA San Martin	Salvador/BA	Certificado ouro de qualidade no projeto IAM (2023)
UPA Anatólio Dias Carneiro	Araguaína/TO	Qmentum em rede (2022); Prêmio de Enfermagem Magdalena Akemi – COREN/TO (2024)
Pronto Atendimento Infantil (PAI)	Araguaína/TO	Prêmio de Enfermagem Magdalena Akemi – COREN/TO (2023)

1.2.4 Qualidade reconhecida por avaliação externa

O ISAC trata a acreditação como consequência de um jeito de trabalhar, e não como um objetivo isolado. Em outubro de 2022, o Instituto conquistou a acreditação Qmentum International Diamond em Rede, que avaliou de uma só vez o conjunto de unidades sob sua gestão – entre elas o Hospital Municipal de Araguaína, o Ambulatório Municipal de Especialidades, a UPA Anatólio Dias Carneiro e as UPAs de Maceió. Foi a primeira organização de saúde do Norte e do Nordeste, e a segunda da América Latina, a receber a acreditação internacional em rede de atenção à saúde. Desde então, novas unidades foram acreditadas pela ONA, como o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, em Parnaíba (PI), em 2025.

A trajetória de certificações e prêmios, das primeiras conquistas em Maceió aos resultados mais recentes, está resumida nas figuras a seguir.

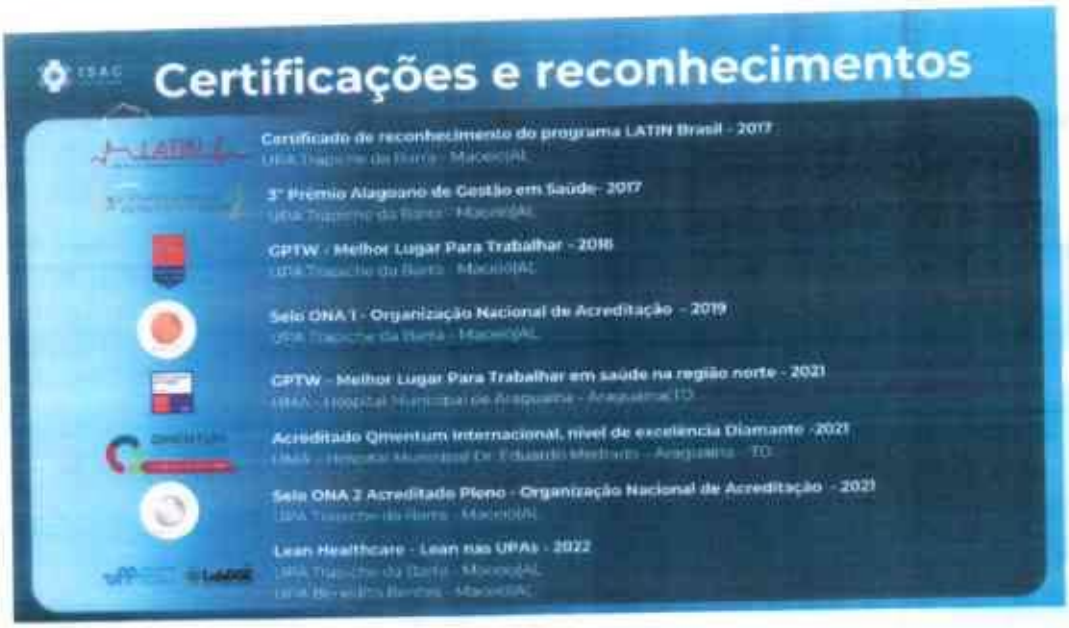

Figura 1.4 – Certificações e reconhecimentos – 2017 a 2022



Figura 1.5 – Certificações e reconhecimentos – 2022 e 2023



Figura 1.6 – Certificações e reconhecimentos – 2023 a 2025

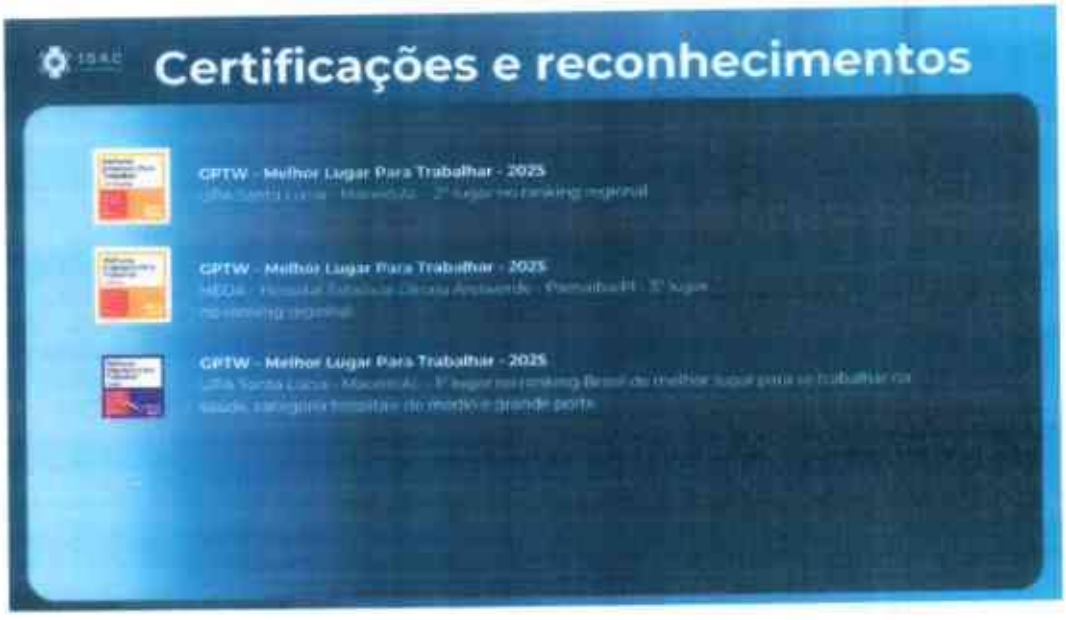

Figura 1.7 – Certificações e reconhecimentos – 2025

1.2.5 Como o ISAC trabalha

O modelo de gestão do ISAC se organiza em três níveis. No nível estratégico, a direção define, com base na missão e no planejamento estratégico, as prioridades de cada contrato em diálogo direto com o gestor público. No nível tático, as coordenações desdobram essas

prioridades em metas, indicadores e planos de ação por área. No nível operacional, as equipes trabalham com processos padronizados, protocolos clínicos e rotinas de verificação que garantem que o que foi planejado aconteça na ponta, em todos os plantões.

O Sistema de Gestão da Qualidade, Humanização e Segurança do Paciente amarra esses três níveis. Ele parte das expectativas da população e do contratante, passa pelos processos de liderança, de planejamento e de assistência, e chega a resultados que são medidos e devolvidos à sociedade na forma de indicadores de saúde, satisfação e prestação de contas, sempre em ciclos de melhoria.

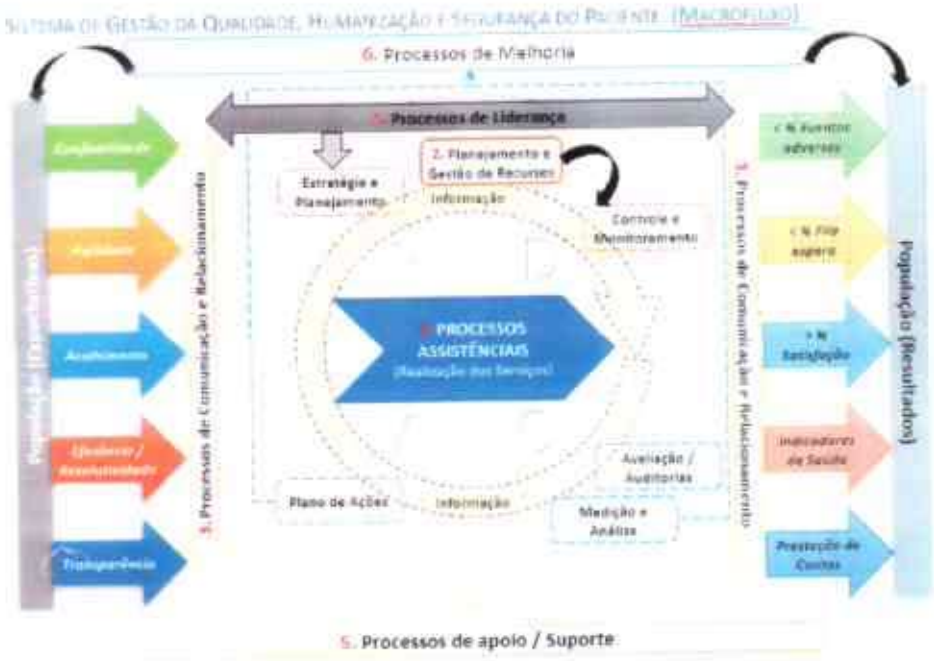

Figura 1.8 – Macrofluxo do Sistema de Gestão da Qualidade

No dia a dia, esse sistema se apoia na metodologia Lean aplicada à saúde: eliminar o que não agrega valor ao paciente, ir ao local onde o trabalho acontece para entender os problemas, tornar o fluxo visível para toda a equipe e resolver as causas, e não só os sintomas. Em uma UPA, isso significa, na prática, menos tempo de espera entre a classificação e o médico, menos pacientes aguardando resultado de exame em cadeira de medicação e menos tempo de permanência na observação.



Figura 1.9 – Metodologia Lean no ISAC

Três outros pilares completam o modelo. O primeiro é o **cuidado centrado no paciente**, com a Política Nacional de Humanização e a segurança do paciente como referência para cada protocolo e cada rotina. O segundo é a **governança clínica**, que aproxima o corpo clínico da gestão por meio de comissões atuantes, protocolos baseados em evidência e análise de casos. O terceiro é a **tecnologia**: o ISAC trabalha com prontuário eletrônico integralmente digital, assinatura por certificado e rastreabilidade de cada registro, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados, e usa ferramentas digitais para escalas, documentos e gestão de projetos.

1.2.6 Dados cadastrais

Quadro 1.3 – Dados cadastrais do proponente

Item	Informação
Razão social	Instituto Saúde e Cidadania – ISAC
CNPJ	14.702.257/0001-08
Natureza	Pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos
Sede	Setor Comercial Sul, Quadra 09, Bloco C, Torre C, Ed. Parque Cidade Corporate, Sala 1001 – Asa Sul, Brasília/DF – CEP 70308-200
Telefone	(61) 2196-7841
E-mail para esta proposta	projetos@isac.org.br
Sítio eletrônico	www.isac.org.br – Portal da Transparência: transparencia.isac.org.br
Representante legal	Antonio Carlos Drummond Filho – Presidente

Fonte: Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica.

1.3 Conhecimento do objeto

Este capítulo reúne o que o ISAC entende ser essencial saber sobre Palmas, sobre a rede de saúde em que as UPAs estão inseridas e sobre as próprias unidades antes de propor como geri-las. Os números vêm das fontes oficiais mais recentes – o Censo Demográfico de 2022 e as estimativas populacionais do IBGE, os levantamentos da Secretaria Municipal da Saúde que acompanham o edital e as informações publicadas pela Prefeitura – e foram escolhidos por terem consequência direta sobre a forma de organizar o atendimento.

1.3.1 O modelo UPA e o seu lugar na rede de atenção à saúde

O Sistema Único de Saúde organiza os seus serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas pela Portaria GM/MS nº 4.279/2010 como arranjos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Na lógica de rede, os serviços deixam de funcionar como degraus isolados de uma pirâmide e passam a trabalhar de forma coordenada, com a atenção primária como centro de comunicação e ordenadora do cuidado. O Decreto nº 7.508/2011 reconheceu os serviços de urgência e emergência como uma das portas de entrada do SUS, ao lado da atenção primária, da atenção psicossocial e dos serviços especiais de acesso aberto.

A atenção às urgências foi uma das primeiras áreas a ganhar esse desenho. O regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência, de 2002, e a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, organizaram o atendimento em componentes pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar, e abriram caminho para a criação do SAMU 192. No fim da década de 2000, o Ministério da Saúde definiu as diretrizes do componente pré-hospitalar fixo e passou a financiar a implantação das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, pensadas para atender perto de casa os casos agudos de média complexidade e aliviar as portas de urgência dos hospitais.

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 1.600 reformulou a política e instituiu a Rede de Atenção às Urgências, com oito componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica; SAMU 192 e centrais de regulação das urgências; sala de estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; componente hospitalar; e atenção domiciliar. O acolhimento com classificação de risco, a regionalização do atendimento e o acesso regulado aos serviços de maior complexidade são as suas diretrizes centrais.



Figura 1.10 – Marcos normativos da rede de urgência

Fonte: Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina.

As regras atuais do modelo estão na Portaria GM/MS nº 10/2017, que define a UPA 24h como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a atenção básica, o SAMU 192, a atenção domiciliar e a atenção hospitalar. Cabe à unidade acolher os usuários com quadros agudos, classificá-los por risco, resolver os casos de menor gravidade, estabilizar os graves, manter em observação por até 24 horas os que precisam de investigação ou tratamento e garantir a referência e a contrarreferência. As unidades são classificadas em três portes, conforme a população de referência e o número de leitos de observação, e em oito opções de custeio, conforme o tamanho da equipe médica. A Resolução CFM nº 2.079/2014 completa esse quadro com as normas de funcionamento, entre elas a obrigatoriedade de avaliação médica de todo usuário classificado.

As UPAs Norte e Sul estão no topo dessa classificação: Porte III, destinado a populações de referência acima de 200 mil habitantes, e Opção VIII, a de maior equipe médica, com nove médicos em 24 horas e produção mínima de 10.125 atendimentos por mês. São o componente pré-hospitalar fixo da rede de urgência da capital, e o seu desempenho depende tanto do que acontece dentro delas quanto da articulação com as unidades de saúde da

família, com o SAMU, com o Complexo Regulador e com os hospitais de referência, como mostra a figura a seguir.

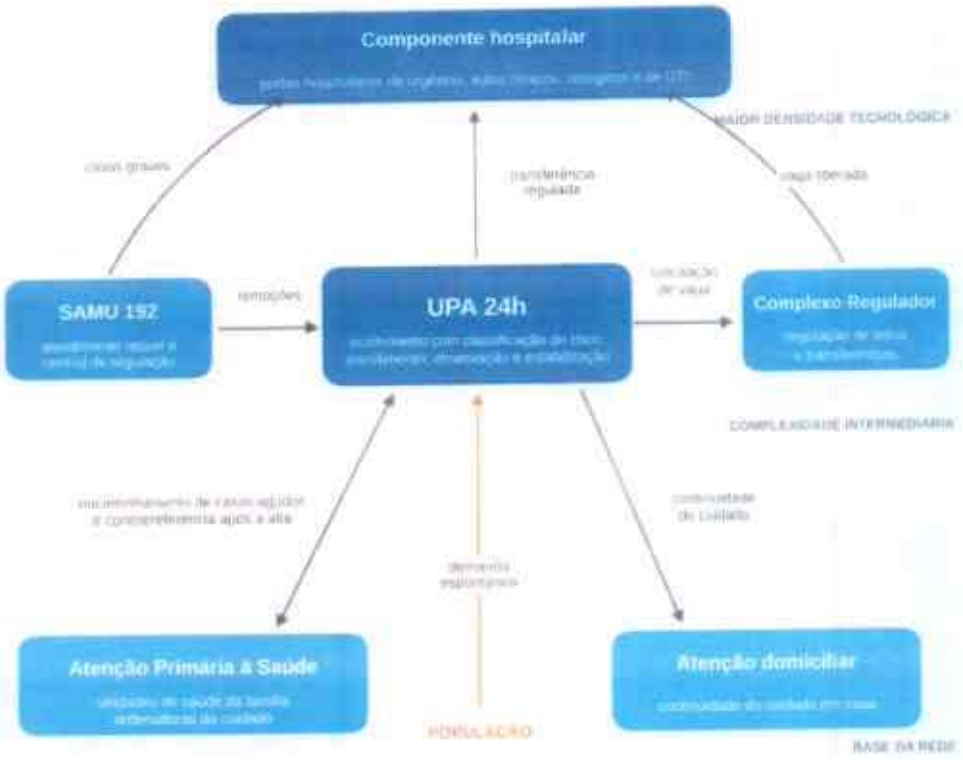

Figura 1.11 – A UPA 24h na Rede de Atenção às Urgências

1.3.2 Palmas, a capital mais jovem do país

Palmas foi criada em 1989, logo após a instalação do Estado do Tocantins, para ser a sua capital. Planejada desde a origem, a cidade se desenvolveu entre a Serra do Lajeado e o lago formado pelo rio Tocantins, com um traçado de grandes quadras e avenidas que separa as regiões Norte, Central e Sul – separação que se reflete, até hoje, na divisão do atendimento de urgência entre a UPA Norte e a UPA Sul.

Em pouco mais de três décadas, Palmas passou de 24 mil para 302.692 habitantes, segundo o Censo de 2022, e a estimativa do IBGE para 2026 é de 333.154 pessoas. É hoje o município mais populoso do Tocantins, onde vive um em cada cinco tocantinenses, e responde por 22% do Produto Interno Bruto do estado. O território municipal tem 2.227 km² e a densidade é de 135,9 habitantes por km², muito acima da média estadual, de 5,5.

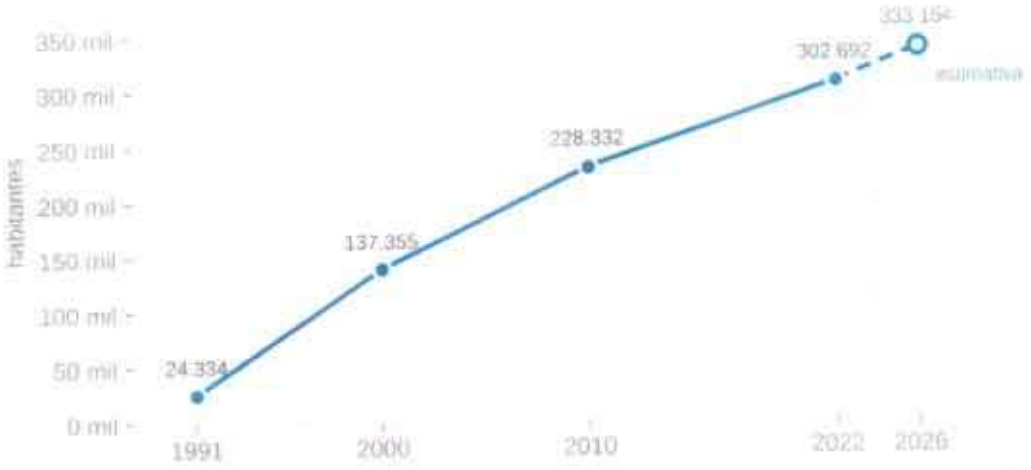

Figura 1.12 – População residente em Palmas, 1991–2026

Fonte: IBGE.

A população de Palmas é jovem. Em 2022, 22,6% dos moradores tinham menos de 15 anos e apenas 8,2% tinham 60 anos ou mais – proporções bem diferentes das do Brasil, de 19,8% e 15,8%. A pirâmide etária tem a base larga e o corpo concentrado entre 20 e 44 anos. Para uma UPA, esse perfil tem tradução direta: muita demanda pediátrica, muitos adultos jovens com traumas e acidentes, e uma população idosa que, embora ainda pequena, cresce e traz consigo as doenças crônicas e suas descompensações.

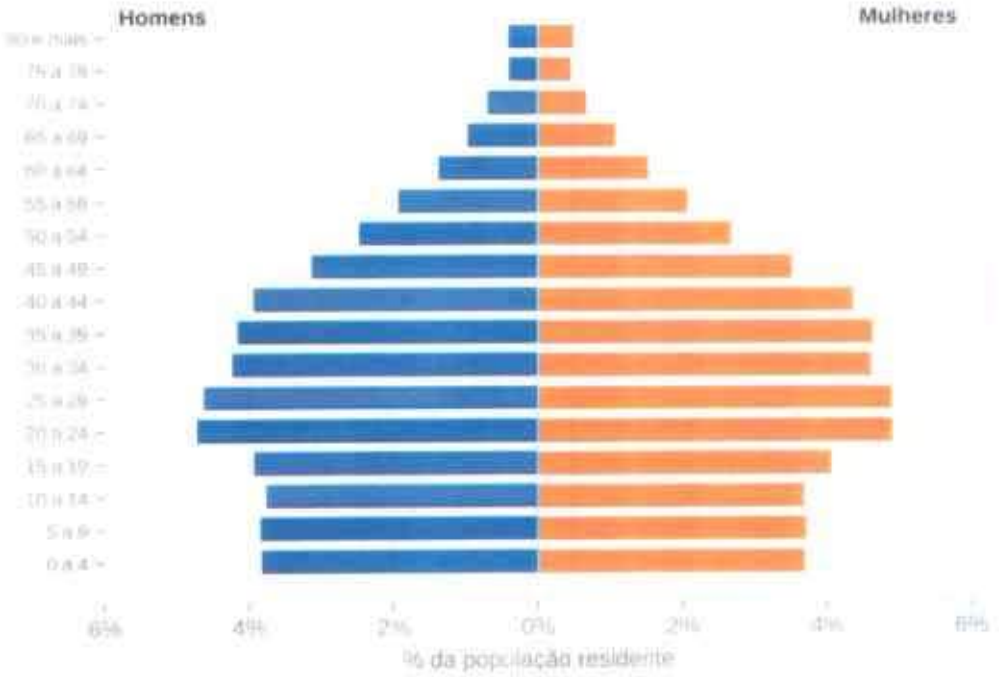

Figura 1.13 – Pirâmide etária de Palmas, 2022

Fonte: IBGE, Censo 2022.

O trânsito merece atenção particular. Segundo a própria Prefeitura, Palmas registra o segundo pior índice de mortalidade por acidentes de trânsito entre as capitais brasileiras, e em 2025 as UPAs fizeram o primeiro atendimento e o encaminhamento de 6.325 pacientes com lesões musculares e fraturas. No mesmo ano, as duas unidades atenderam quase 134 mil crianças e adolescentes de até 14 anos. Foi por isso que, a partir de abril de 2026, as UPAs passaram a contar com ortopedistas e pediatras em regime ininterrupto, serviço que o Termo de Referência mantém.

1.3.3 A rede de saúde e o lugar das UPAs

Palmas é a sede da Região de Saúde Capim Dourado, formada por 14 municípios que somavam 375.713 habitantes em 2022 – 80,6% deles na capital. Os demais municípios da região são de pequeno porte e dependem de Palmas para a maior parte da atenção especializada e de urgência. A essa região soma-se a influência sobre Porto Nacional, vizinho ao sul, cujo distrito de Luzimangues fica do outro lado da ponte e procura com frequência a UPA Norte.

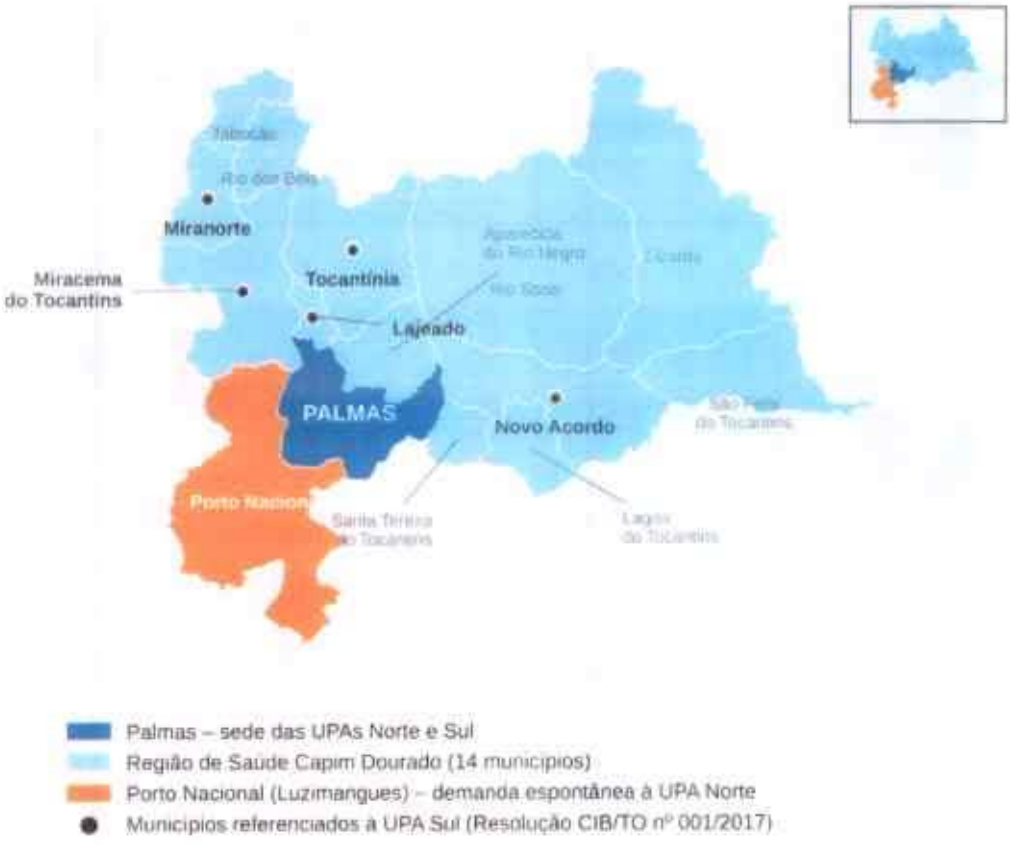

Figura 1.14 – Região de Saúde Capim Dourado

Fonte: IBGE e Resolução CIB/TO nº 001/2017.

Dentro do município, a atenção primária é a base da rede. A rede municipal tem 34 unidades de saúde e 85 equipes da Estratégia Saúde da Família, que entre janeiro e novembro de 2025 fizeram mais de 765 mil atendimentos clínicos. É para essas unidades que o usuário deve voltar depois de atendido na UPA, e é delas que se espera o acompanhamento que evita o retorno à urgência. O componente móvel da rede é o SAMU 192, e as internações e os casos de maior complexidade seguem, pelo Complexo Regulador Estadual, para os hospitais de referência da rede estadual, como o Hospital Geral de Palmas.

As UPAs Norte e Sul ocupam o espaço entre esses dois níveis. Resolvem a maior parte dos casos agudos sem necessidade de internação, estabilizam os graves até a transferência e

funcionam como porta de acesso para quem não encontra resposta em outro lugar. A rede está em movimento: a Prefeitura anunciou projetos de novos complexos de saúde nas regiões Norte e Sul, com pronto atendimento materno-infantil, pronto atendimento infantil, hospital-dia, policlínica e centro de diagnóstico. A gestão das UPAs precisa acompanhar essas mudanças e ajustar fluxos e referências à medida que novos serviços entrarem em funcionamento.

1.3.4 As UPAs Norte e Sul

A UPA Norte – José de Souza Dourado fica na quadra 203 Norte e atende as regiões Norte e Central da cidade. A UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar fica no Setor Aureny II e atende a região Sul, onde ficam bairros populosos como os Jardins Aureny e Taquaralto. As duas têm estrutura semelhante, de cerca de 2.000 m², mas não idêntica, e as diferenças importam para a organização do trabalho.



Figura 1.15 – Fachada da UPA 24h Norte



Figura 1.16 – Fachada da UPA 24h Sul

Quadro 1.4 – Capacidade instalada das UPAs Norte e Sul

	UPA Norte	UPA Sul
CNES	2755289	2492555
Endereço	203 Norte, Alameda LO 06, APM 02 – Plano Diretor Norte	Av. Perimetral 02, nº 04, Quadras 72/73 – Setor Aureny II
Habilitação	UPA 24h Porte III, Opção VIII	UPA 24h Porte III, Opção VIII
Abrangência	Regiões Norte e Central; demanda espontânea de Porto Nacional (Luzimangues)	Região Sul; demanda referenciada de Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia
Área construída / útil	2.000,88 m² / 1.918,05 m²	2.131,47 m² / 1.811,39 m²
Salas de classificação de risco	3	4
Consultórios	4	5
Leitos de observação	9 masculinos, 9 femininos e 9 pediátricos	12 masculinos, 12 femininos e 8 pediátricos
Sala vermelha	6 leitos, um reservado à pediatria	4 leitos
Leitos de isolamento	2	2
Total de leitos (observação, sala vermelha e isolamento)	35	38
Poltronas de medicação	27	30
Serviços	Clínica médica, pediatria e ortopedia 24h; laboratório, radiologia, eletrocardiografia, ultrassonografia e odontologia	Idem
Nutrição	Cozinha de produção de refeições, reformada em 2025	Porcionamento e distribuição de refeições
Transporte sanitário	1 ambulância de suporte básico (Tipo B)	1 ambulância de suporte básico (Tipo B)

Fonte: Termo de Referência.

Uma demanda que cresce e supera o parâmetro de habilitação

A procura pelas UPAs cresceu de forma contínua nos últimos anos. Os registros de produção médica das duas unidades passaram de 274.512 em 2022 para 444.646 em 2025, alta de cerca de 62%, parte dela explicada por mudanças na forma de registrar. Medido em atendimentos, que é o que conta para a habilitação, o crescimento entre os oito primeiros meses de 2025 e os de 2026 foi de 7,1% na UPA Norte e de 7,6% na UPA Sul.

Entre janeiro de 2025 e agosto de 2026, a UPA Norte fez em média 11.908 atendimentos por mês e a UPA Sul, 13.836 – respectivamente 17,6% e 36,6% acima do mínimo de 10.125 exigido pela Portaria GM/MS nº 10/2017 para o Porte III, Opção VIII. A folga da UPA Norte é pequena: no mês de menor movimento, a unidade ficou apenas 2,5% acima do parâmetro. A consequência prática é que a estrutura precisa ser dimensionada para a demanda observada, e que o registro correto de cada atendimento é, ele próprio, uma condição para manter a habilitação.

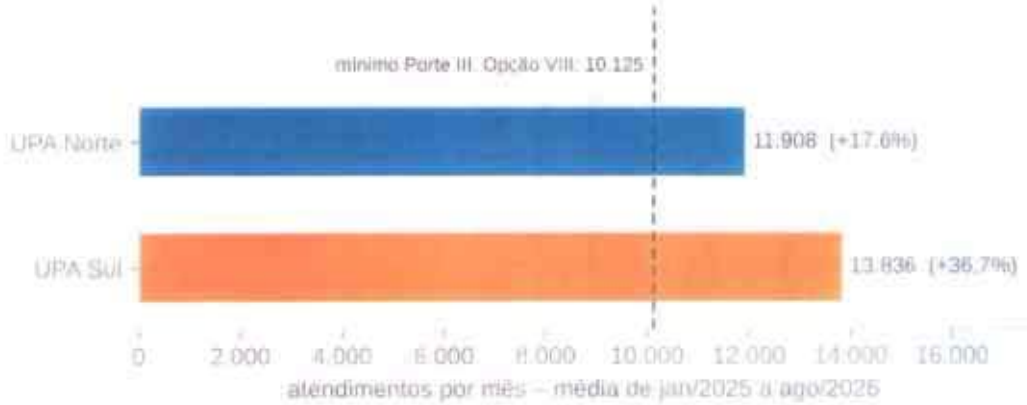

Figura 1.17 – Atendimentos mensais frente ao mínimo do Porte III

Fonte: Termo de Referência e Portaria GM/MS nº 10/2017.

Quem procura as UPAs, e quando

O movimento se concentra de dia. Setenta por cento dos atendimentos acontecem entre 7h e 19h, com pico entre 8h e 10h, e a segunda-feira é o dia de maior procura nas duas unidades; o vale fica entre 3h e 5h da madrugada. A média diária é de 392 atendimentos na UPA Norte e de 455 na UPA Sul, mas em um dia em cada vinte a UPA Sul passa de 566 atendimentos, e o maior movimento registrado chegou a 645.

Quadro 1.5 – Perfil da demanda das UPAs, 2025–2026

Característica	UPA Norte	UPA Sul
Atendimentos por dia – média / percentil 95 / máximo	392 / 497 / 590	455 / 566 / 645
Concentração no plantão diurno (7h às 19h)	70%	70%
Usuários com menos de 12 anos (média mensal)	1.431 (12,0%)	2.327 (16,8%)
Atendimentos com diagnóstico ortopédico ou traumatológico (média mensal)	1.532 (12,9%)	1.935 (14,0%)
Usuários que não aguardaram o atendimento médico	1,0%	2,1%
Usuários atendidos uma única vez em 20 meses	51,2%	46,7%
Notificações compulsórias (janeiro a junho de 2026)	2.915	3.668

Fonte: Termo de Referência.

Os números revelam duas unidades parecidas, mas não iguais. A UPA Sul atende mais crianças e mais casos de trauma, e nela o dobro de usuários desiste antes de ser atendido pelo médico – sinal de espera longa nos horários de pico. Nas duas, cerca de metade dos usuários voltou à unidade mais de uma vez no período, o que aponta para pacientes crônicos e para casos que poderiam ser acompanhados pela atenção primária. O volume de notificações compulsórias mostra que as UPAs são também uma das principais portas de entrada da vigilância epidemiológica do município.

A demanda também varia ao longo do ano. Abril, maio e outubro são os meses mais movimentados, com até 16% de atendimentos acima da média, e fevereiro e julho os mais tranquilos. Os picos não coincidem exatamente entre as unidades: na UPA Norte o mês mais intenso é maio, na UPA Sul é abril.

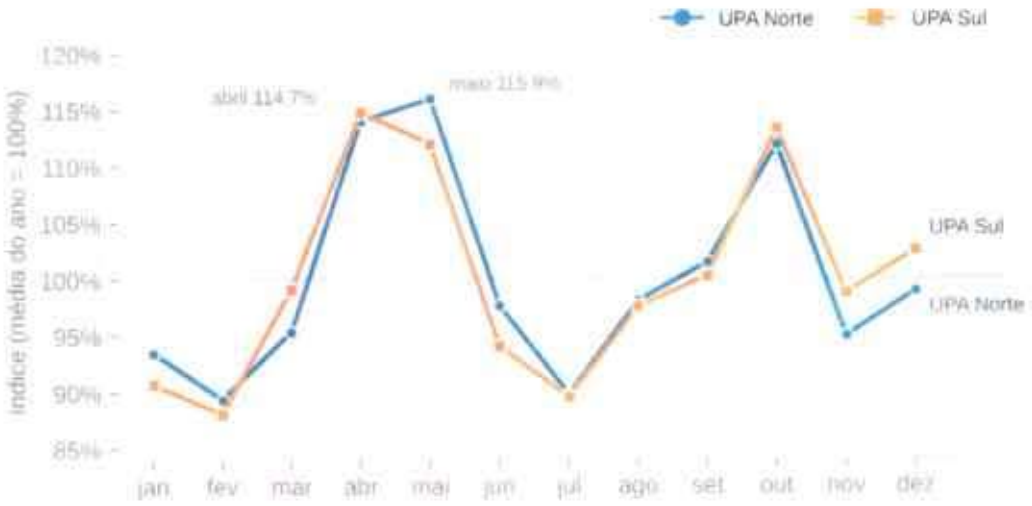

Figura 1.18 – Sazonalidade dos atendimentos

Fonte: Termo de Referência.

No apoio diagnóstico, o laboratório de análises clínicas responde por 71% dos procedimentos e a radiologia por 22%, e a ultrassonografia foi implantada em 2026. É um volume que pesa diretamente no tempo de permanência: cada hora de espera por resultado é uma hora a mais de ocupação de poltrona ou de leito de observação.

1.3.5 O que essa leitura significa para a gestão

Da análise acima, o ISAC extraiu as questões que orientam toda a proposta de trabalho apresentada nos capítulos seguintes:

- **Dimensionar para o pico, e não para a média.** A manhã e a segunda-feira definem a capacidade necessária de classificação de risco e de consultórios; a escala de reforço acompanha os meses de maior movimento em cada unidade.
- **Separar quem chega de quem já foi atendido.** Um médico dedicado à reavaliação de exames e da resposta ao tratamento evita que o usuário atendido volte à fila e é a condição para cumprir os tempos de permanência de 2 e 6 horas.
- **Tratar criança e trauma como linhas de cuidado próprias.** O perfil jovem da cidade e o peso dos acidentes de trânsito justificam espera pediátrica separada, sala de imobilização organizada e protocolos específicos.

- **Reduzir a desistência na UPA Sul.** Reclassificação periódica, informação sobre o tempo estimado de espera e monitoramento em painel são as respostas para os 2,1% que vão embora sem atendimento.
- **Devolver o usuário à atenção primária.** Com metade dos usuários retornando à UPA, a contrarreferência organizada para as unidades de saúde da família – de Palmas e dos municípios da região – é tão importante quanto o atendimento de urgência.
- **Registrar tudo, com hora.** A manutenção da habilitação, o cálculo da parcela variável e a transparência dependem de um registro completo e pontual de cada etapa do atendimento.
- **Garantir uma transição sem ruptura.** Por serem serviços ininterruptos e com equipes já em atividade, a entrada da nova gestão exige planejamento detalhado de pessoas, contratos e estoques desde o primeiro dia.

Essas são as bases sobre as quais se constroem os fluxos, os regimentos, os protocolos, o quadro de pessoal e a organização dos serviços apresentados a seguir.

Referências

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022 e Estimativas da População 2026. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA, tabelas 200, 4709, 4714, 6579 e 9514. Consulta em setembro de 2026.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto Interno Bruto dos Municípios 2023. SIDRA, tabela 5938.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS nº 2.048/2002, nº 1.863/2003, nº 1.020/2009, nº 4.279/2010, nº 1.600/2011 e nº 10/2017; Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6/2017. Decreto nº 7.508/2011. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.079/2014.

PALMAS. Secretaria Municipal da Saúde. Edital de Chamamento Público nº 001/2026, Termo de Referência e anexos. Setembro de 2026.

PALMAS. Prefeitura Municipal. "Atendimentos em ortopedia e pediatria serão avanços importantes nas UPAs de Palmas", 3 abr. 2026; "Mais de 1,6 milhão de registros assistenciais na Atenção Primária", 19 dez. 2025; "Saúde de Palmas entrega unidades reformadas, reorganiza serviços e planeja novos atendimentos na Capital", 29 dez. 2025. Disponível em: www.palmas.to.gov.br.

Comissão Intergestores Regional Capim Dourado. 2ª Reunião Ordinária. Tocantínia, abr. 2026 (composição da Região de Saúde).

INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA. Planejamento Estratégico 2026–2027 (identidade institucional, mapa estratégico e fatores críticos de sucesso), sistema Scopi; sítio institucional (www.isac.org.br). Consulta em setembro de 2026.

SEÇÃO FA.1

Área de Atividade

Capítulos 2 a 13 · itens V.1.1 a V.1.12 do Anexo V

Item do Anexo V	Capítulo da proposta	Fls.
Fluxos operacionais		
V.1.1	2 Fluxo assistencial do usuário, do acolhimento à alta ou transferência	0042
V.1.2	3 Fluxo unidirecional de materiais esterilizados e de roupas	0056
V.1.3	4 Fluxo de resíduos de serviços de saúde, segregado e unidirecional	0063
V.1.4	5 Fluxo de registros, documentos e prontuários de usuários	0068
Instrumentos de gestão		
V.1.5	6 Proposta de regimento interno da unidade	0074
V.1.6	7 Proposta de regimento do serviço de enfermagem	0111
V.1.7	8 Proposta de regimento do corpo clínico	0158
V.1.8	9 Projeto de tecnologia da informação e prontuário eletrônico	0195
Processos e manuais		
V.1.9	10 Manual de protocolos assistenciais de urgência	0219
V.1.10	11 Manual de rotinas de almoxarifado, farmácia e patrimônio e de transporte sanitário	0296
V.1.11	12 Manual de rotinas administrativo-financeiras e de gestão de custos	0340
Incremento de atividades		
V.1.12	13 Proposta de projetos assistenciais que ampliem a resolutividade	0373

ÁREA DE ATIVIDADE · FLUXOS OPERACIONAIS

2 Fluxo assistencial do usuário, do acolhimento à alta ou transferência

A visita técnica de 7 de outubro de 2026 permitiu acompanhar o percurso do usuário nas duas unidades: recepção, cadastro, chamada para a classificação de risco, chamada para o médico e, depois da primeira consulta, o prontuário impresso acompanhando o usuário. Os pontos em que o fluxo pode avançar são a vigilância de quem aguarda, com reavaliação periódica e visão da sala de espera a partir da classificação; os critérios escritos para a escolha entre poltrona e leito, para a permanência em observação e para a periodicidade das reavaliações; e um plano de contingência para os momentos de superlotação. Na UPA Sul, os profissionais apontaram como principal desafio o espaço para quem aguarda reavaliação, exame ou medicação.

O fluxo proposto parte desse retrato. Muda a ordem da porta (a senha e a classificação vêm antes do cadastro), coloca um técnico de enfermagem na espera, separa o primeiro atendimento da reavaliação médica para que quem já foi atendido não volte à fila, fixa critérios e prazos para a observação e para a sala de estabilização e entrega ao prontuário eletrônico do capítulo 9 o registro de cada passagem, com o horário gravado pelo sistema. O fluxo é único para as duas unidades; o que difere entre elas é tratado em subseções próprias, como pede o item 1.5 do Anexo V.

2.1 A demanda e as escolhas de desenho

O fluxo foi dimensionado sobre a demanda registrada entre janeiro de 2025 e agosto de 2026, não sobre os parâmetros mínimos de habilitação. A UPA Norte recebe em média **392 atendimentos por dia** (percentil 95 de 497 e máximo de 590); a UPA Sul, **455 por dia** (percentil 95 de 566 e máximo de 645). Em ambas, 70% da procura ocorre no plantão diurno, com pico entre 08h e 10h, maior movimento às segunda-feiras e vale entre 03h e 05h; os picos sazonais caem em abril/maio e outubro.

Dessa demanda decorrem cinco escolhas que atravessam todo o fluxo:

- **a classificação vem antes do cadastro**, para que quem chega grave não espere a recepção — é a sequência do protocolo de acolhimento do capítulo 10;
- **ninguém espera sozinho**: um técnico de enfermagem fica na sala de espera, reavalia quem aguarda e aciona a reclassificação, como detalha o manual de acolhimento do capítulo 15;
- **o primeiro atendimento é separado da reavaliação**, com médico dedicado à reavaliação de exames e da resposta ao tratamento — condição para cumprir as permanências de 2 e 6 horas do Anexo II;
- **a sala de estabilização tem equipe exclusiva nas 24 horas**, que não é deslocada para cobrir consultório ou observação;

- **o registro acompanha o usuário, não o papel**: o registro aberto na classificação, vinculado ao episódio no cadastro, só se encerra com o desfecho, e cada passagem grava o horário que os indicadores do Anexo II usam.

O fluxo observa a Portaria GM/MS nº 10/2017 (UPA 24h); a Resolução CFM nº 2.079/2014 (funcionamento das UPAs, inclusive a avaliação médica de todo usuário classificado); a Resolução Cofen nº 661/2021 (classificação de risco privativa do enfermeiro na equipe de enfermagem); a Política Nacional de Humanização; a Portaria GM/MS nº 529/2013 e a RDC Anvisa nº 36/2013 (segurança do paciente); as Leis nº 8.069/1990, nº 10.741/2003 e nº 13.146/2015 (acompanhante); e os itens 5.2, 5.5.3, 8.2 e 10.1 do Termo de Referência.

Quadro 2.1 – Capacidade instalada e demanda

Estrutura e demanda	UPA Norte	UPA Sul
Salas de classificação de risco	3	4
Consultórios em uso (visita técnica)	5 clínicos, 2 pediátricos, 1 fast track, 1 ortopedia, 1 odontologia	5 clínicos, 2 pediátricos, 1 ortopedia, 1 odontologia
Leitos da sala de estabilização	6 (um deles reservado à pediatria)	4
Leitos de observação — masculina / feminina / pediátrica	9 / 9 / 9	12 / 12 / 8
Leitos de isolamento	2	2
Total de leitos	35	38
Poltronas de medicação	27	30
Atendimentos por dia — média / percentil 95	392 / 497	455 / 566
Usuários com menos de 12 anos	12,0% (1.431/mês)	16,8% (2.327/mês)
Atendimentos ortopédicos ou traumatológicos	12,9%	14,0%

Fonte: Anexo I do Termo de Referência e visita técnica de 07/10/2026. Na UPA Sul, a visita contou 37 leitos, com um isolamento; a proposta adota os 38 do Termo de Referência.

2.2 O percurso do usuário, da chegada ao desfecho

O percurso tem dez etapas. Para cada uma, o Quadro 2.2 diz o que acontece, quem responde por ela, o que fica registrado e qual ponto de decisão a encerra; os pontos de decisão D1 a D8, com os critérios e os encaminhamentos, estão no Quadro 2.3, e os mesmos códigos aparecem nos losangos dos fluxogramas da seção 2.6.

Quadro 2.2 – Etapas do percurso assistencial

Etapa	O que acontece	Responsável	Registro	Decisão
1. Chegada	O profissional da recepção ou da portaria recebe quem entra e orienta à retirada da senha; o técnico de enfermagem de acolhimento e espera, na sala de espera, identifica quem precisa de entrada direta. Quem chega com risco evidente (inconsciência, desconforto respiratório grave, sangramento importante, convulsão, dor torácica intensa) ou trazido pelo SAMU 192 ou pelos Bombeiros vai direto à sala de estabilização.	Recepção/portaria; técnico de enfermagem de acolhimento e espera; enfermeiro classificador acionado	Horário de entrada direta, quando houver	D1
2. Senha	Retirada da senha no totem, com opção de prioridade legal (pessoa idosa, gestante, pessoa com deficiência, criança de colo); o profissional da recepção orienta quem não consegue usar o totem.	Recepção/portaria; técnico de enfermagem de acolhimento e espera, na vigilância da espera	Horário de chegada (marco M0)	—
3. Classificação de risco	Chamada pelo painel, escuta qualificada, sinais vitais, queixa principal e uma das cinco cores do protocolo. Meta interna: até 10 minutos da chegada.	Enfermeiro (atividade privativa)	Cor, discriminador e horário da classificação (M1)	D2
4. Cadastro	Identificação pelo CPF ou pelo Cartão Nacional de Saúde, endereço e município de residência; pulseira de identificação quando o usuário for para medicação, procedimento, observação ou estabilização.	Recepcionista	Abertura do episódio (M2)	—
5. Espera por cor e tempo	Laranjas seguem ao consultório prioritário; amarelos, verdes e azuis aguardam a chamada pelo painel, por cor e por ordem de chegada. O técnico de enfermagem de acolhimento e espera reavalia e aciona a reclassificação.	Técnico de enfermagem de acolhimento e espera; enfermeiro classificador	Reclassificações, com horário	Retorno a D2
6. Primeiro atendimento médico	Consulta por ordem de prioridade. Crianças, com o pediatra; trauma musculoesquelético, com o ortopedista; urgência odontológica, com o cirurgião-dentista.	Médico clínico, pediatra ou ortopedista; cirurgião-dentista	Horário do primeiro atendimento (M3), hipótese e conduta	D3
7. Medicação, procedimentos e exames	Medicação em poltrona ou leito, suturas, curativos, imobilizações ortopédicas; laboratório, radiologia, ultrassonografia e ECG pedidos e devolvidos no prontuário.	Técnicos de enfermagem, técnico de enfermagem de imobilização, apoio diagnóstico; enfermeiro supervisiona	Checagem à beira do leito; pedido e liberação de cada exame (M4)	—
8. Reavaliação médica	Revisão dos resultados e da resposta ao tratamento, dentro do mesmo episódio, sem que o usuário volte à fila da primeira consulta.	Médico de reavaliação	Evolução no episódio aberto	D4

Etapa	O que acontece	Responsável	Registro	Decisão
9. Observação ou estabilização	Permanência para tratamento, vigilância ou elucidação diagnóstica por até 24 horas, ou suporte avançado de vida na sala de estabilização (seções 2.4 e 2.5).	Equipes alocadas a cada área	Admissão e saída (M5), reavaliações, escores	D5, D6
10. Desfecho	**Alta**, com orientações escritas e contrarreferência eletrônica à Atenção Primária; **transferência regulada**; **evasão**, quando o usuário não responde a três chamadas em 15 minutos; ou **óbito**, com constatação, declaração, comunicação à família e encaminhamento à Comissão de Revisão de Óbitos.	Médico responsável; enfermeiro; assistente social quando indicado	Tipo e horário do desfecho (M8)	D7, D8

Quadro 2.3 – Pontos de decisão do percurso

Ponto	Pergunta	Quem decide	Critério	Encaminhamentos
D1	Há risco evidente na porta ou chegada pelo SAMU?	Enfermeiro classificador, acionado pelo técnico de enfermagem de acolhimento e espera	Sinais de alarme visíveis ou transporte pelo SAMU ou pelos Bombeiros	Sim: sala de estabilização, com classificação registrada em até 15 minutos. Não: senha.
D2	Qual a prioridade clínica?	Enfermeiro	Protocolo de classificação (seção 2.3)	Vermelha: estabilização. Laranja: cadastro e consultório prioritário em até 10 minutos. Amarela, verde e azul: cadastro e espera.
D3	Qual a conduta após a primeira consulta?	Médico assistente	Avaliação clínica e protocolos do capítulo 10	Alta; medicação ou exames com reavaliação; observação; estabilização; ou transferência.
D4	Qual a decisão após a reavaliação?	Médico de reavaliação	Resposta ao tratamento e resultados	Alta; observação; transferência; ou nova conduta.
D5	Como evolui o usuário em observação?	Médico da observação	Plano terapêutico, escore de alerta e marcos de 12, 18 e 22 horas	Alta, transferência, ou sala de estabilização se houver deterioração.
D6	O usuário estabilizado precisa de internação?	Médico da sala de estabilização	Resposta ao tratamento e necessidade de cuidado hospitalar	Observação ou transferência regulada.
D7	A vaga foi liberada?	Médico responsável e enfermeiro	Resposta do Complexo Regulador	Sim: transporte. Não: acompanhamento e escalonamento (seção 2.4).
D8	O transporte exige suporte avançado?	Médico responsável	Condição clínica e item 5.5.3.3 do Termo de Referência	Sim: SAMU 192. Não: ambulância Tipo B da unidade, com autorização do regulador.

2.2.1 Particularidades da UPA Norte

- Três salas de classificação para média de 392 atendimentos por dia: no pico da manhã, as três funcionam com enfermeiro e o técnico de apoio afere os sinais vitais. À noite funcionam duas salas; com mais de 15 usuários aguardando classificação ou espera

acima de 10 minutos, o enfermeiro supervisor abre a terceira com o enfermeiro da medicação e procedimentos, e no nível 1 do Quadro 2.4 abrem-se todas.

- Os consultórios pediátricos não ficam em área física separada, como na UPA Sul. A espera pediátrica é demarcada dentro da sala de espera, perto dos consultórios de pediatria, e o painel chama a criança pela sala do pediatra.
- A sala de procedimentos divide espaço com o eletrocardiograma: o ECG da dor torácica tem precedência sobre qualquer procedimento eletivo, para cumprir o porta-ECG de 10 minutos do capítulo 10.
- Na sala vermelha, um dos 6 leitos é reservado à pediatria, o que permite estabilizar a criança sem remanejar adultos.
- Recebe demanda espontânea de Porto Nacional, especialmente da região de Luzimangues; a contrarreferência identifica a unidade de Atenção Primária do município de residência.
- A equipe relatou absenteísmo alto na enfermagem: a cobertura de ausências em até duas horas nos postos críticos do capítulo 24 é monitorada aqui com prioridade.

2.2.2 Particularidades da UPA Sul

- Quatro salas de classificação e a maior demanda da rede, média de 455 atendimentos por dia.
- Perfil pediátrico mais intenso — 16,8% dos atendimentos em menores de 12 anos, cerca de 2.327 por mês. Depois da classificação, o fluxo pediátrico segue para área física própria, com dois consultórios e painel de chamada próprios.
- A sala de estabilização conta com o pediatra do plantão sempre que admite criança, como já ocorre hoje.
- Sala de procedimentos e sala de eletrocardiografia são separadas.
- O gargalo relatado é a área de quem aguarda reavaliação, exame ou medicação. A reavaliação médica dedicada, o critério escrito entre poltrona e leito e a liberação do resultado no prontuário, sem o usuário ir buscar papel, reduzem o tempo de permanência nessa área; a ocupação das poltronas entra nos gatilhos do plano de contingência.
- Recebe demanda referenciada por regionalização (Resolução CIB/TO nº 001/2017): Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia; o município de residência é obrigatório no cadastro.
- A proporção de quem não aguarda o atendimento é maior que na Norte (2,1% contra 1,0%): a reclassificação e a informação do tempo estimado de espera são acompanhadas de perto.

2.2.3 Gestão do fluxo e plano de contingência para superlotação

O enfermeiro supervisor do plantão acompanha no painel do prontuário os usuários em espera por cor, o tempo decorrido desde a classificação, a ocupação das poltronas, da observação e da sala de estabilização e as pendências de regulação. O plano de contingência, que hoje não existe nas unidades, tem três níveis, acionados por gatilhos objetivos.

Quadro 2.4 – Níveis do plano de contingência para superlotação

Nível	Gatilho (qualquer um)	Medidas
1 — Atenção	Amarelo aguardando mais de 45 minutos; mais de 30 usuários em espera; observação acima de 85%; todas as poltronas ocupadas por mais de 1 hora	Todas as salas de classificação abertas; técnico de apoio nos sinais vitais; médico de reavaliação prioriza as altas pendentes; revisão dos leitos da observação a cada 2 horas.
2 — Alerta	Amarelo aguardando mais de 60 minutos; observação lotada; dois ou mais usuários aguardando vaga regulada há mais de 6 horas	Coordenador médico do plantão assume a gestão do fluxo; médico da observação reforça o primeiro atendimento de verdes e azuis; comunicação à Gerência da Unidade e à SEMUS.
3 — Crise	Sala de estabilização lotada com nova chegada grave; falta de equipamento ou de equipe crítica	Contato com a Central de Regulação para redirecionar novas remoções do SAMU; convocação do sobreaviso; comunicação formal à SEMUS e registro para os fins do item 8.3.7 do Termo de Referência.

2.3 O acolhimento com classificação de risco

As duas unidades adotam protocolo único de acolhimento com classificação de risco em **cinco níveis de prioridade**, compatível com o Sistema Manchester e com a Política Nacional de Humanização, harmonizado com o protocolo da Rede de Atenção às Urgências do Município quando a Secretaria o instituir. O texto integral do protocolo (fluxogramas de queixa, discriminadores adulto e pediátrico, sinais vitais por faixa etária e priorização nas áreas internas) está no Manual de Protocolos Assistenciais do capítulo 10 (código PRT.DIRTE.SED.001). A dimensão relacional do acolhimento, o que se diz ao usuário e ao acompanhante em cada etapa, está no capítulo 15.

Os tempos-alvo são **os do Anexo II**, contados do registro da classificação ao registro do primeiro atendimento médico. A cor laranja passa a ser registrada no prontuário com o seu horário, como exige o item 10.1, alínea "v", do Termo de Referência.

Quadro 2.5 – Níveis de prioridade e tempos-alvo

Cor	Prioridade	Tempo-alvo	Meta	Exemplos de discriminadores	Destino inicial
Vermelha	Emergência	Imediato (até 5 min)	≥ 95%	Parada cardiorrespiratória; via aérea comprometida; choque; convulsão em curso; rebaixamento importante da consciência; insuficiência respiratória grave	Sala de estabilização

Cor	Prioridade	Tempo-alvo	Meta	Exemplos de discriminadores	Destino inicial
Laranja	Muito urgente	Até 10 min	≥ 95%	Dor torácica sugestiva de síndrome coronariana; déficit neurológico agudo; sinais de sepse; saturação muito baixa; dor intensa; trauma de alta energia	Consultório prioritário ou estabilização
Amarela	Urgente	Até 60 min	≥ 90%	Dor moderada; febre com sinais de alerta; vômitos persistentes; dispneia moderada; sinais vitais alterados sem instabilidade	Espera prioritária
Verde	Pouco urgente	Até 120 min	≥ 85%	Dor leve de início recente; trauma menor; sintomas leves sem sinais de alerta	Espera
Azul	Não urgente	Até 240 min	≥ 85%	Queixas crônicas sem agudização; situações que não exigem intervenção imediata	Espera; após a consulta, contrarreferência à Atenção Primária

O protocolo é aplicado com as seguintes regras:

- **todo usuário de demanda espontânea é classificado**; quem entra direto na sala de estabilização tem a classificação registrada em até 15 minutos, para manter a cobertura acima dos 95% do Anexo II — e o prontuário só abre o cadastro de demanda espontânea a partir de uma classificação;
- **nenhum usuário é dispensado sem avaliação médica**, inclusive os azuis, na forma da Resolução CFM nº 2.079/2014; a orientação para a Atenção Primária é dada pelo médico, com contrarreferência;
- **as prioridades legais** definem a ordem dentro da mesma cor e não mudam a cor atribuída;
- **reclassificação de quem aguarda**: amarelos a cada 30 minutos, verdes a cada 60 e azuis a cada 120, e sempre que houver piora referida ou percebida — o prontuário avisa quando o prazo vence, e o técnico da espera aciona o enfermeiro;
- **crianças** são classificadas com sinais vitais por faixa etária e discriminadores pediátricos; **gestantes** com queixa obstétrica são avaliadas e encaminhadas pelo fluxo regulado à maternidade de referência;
- **o painel mostra** a cada usuário em espera o tempo decorrido e o tempo-alvo da sua cor, com alerta ao atingir 75% do tempo-alvo; o enfermeiro supervisor do plantão responde pelo alerta, e o Encarregado de qualidade e segurança do paciente da unidade apura diariamente o cumprimento por cor, antes da consolidação mensal.

2.4 A sala de estabilização

A sala de estabilização recebe o usuário em risco de morte para suporte avançado de vida até a estabilização e, quando indicado, a transferência regulada. Tem 6 leitos na UPA Norte e 4 na UPA Sul, nas duas com acesso direto da ambulância e percurso curto do desembarque ao leito, como a visita confirmou. Cada leito dispõe de monitor multiparamétrico e de rede de

gases; a sala tem desfibrilador, ventilador, material de via aérea difícil, bombas de infusão e carro de emergência — este conferido e lacrado a cada plantão, com o registro no prontuário.

2.4.1 Critérios de admissão

- classificação vermelha;
- classificação laranja com instabilidade hemodinâmica, respiratória ou neurológica;
- usuário em observação com deterioração identificada pelo escore de alerta (NEWS no adulto, PEWS na criança) ou pela avaliação médica;
- usuário trazido pelo SAMU 192 ou pelos Bombeiros em condição grave;
- protocolo tempo-dependente com indicação de monitorização contínua: síndrome coronariana com supradesnivelamento de ST, AVC agudo, sepse com hipotensão, trauma grave.

O usuário estabilizado deixa a sala por uma de três saídas: observação, quando não há indicação de internação; transferência regulada; ou óbito.

2.4.2 Composição da equipe por turno

Quadro 2.6 – Equipe da sala de estabilização por turno

Profissional	Norte — dia	Norte — noite	Sul — dia	Sul — noite
Médico clínico dedicado	1	1	1	1
Enfermeiro dedicado	1	1	1	1
Técnicos de enfermagem	3	3	2	2
Pediatra	Assume a criança admitida	Assume a criança admitida	Assume a criança admitida	Assume a criança admitida

A equipe da sala não é deslocada para outras áreas. Se entram dois casos graves ao mesmo tempo, o médico da observação, o enfermeiro supervisor do plantão e um técnico da observação adulta reforçam a sala até a estabilização.

2.4.3 Rotina de acionamento da regulação

A regulação das transferências é feita pelo Complexo Regulador Estadual, no Sistema Estadual de Regulação (SER). O SER guarda o horário da solicitação; a rotina abaixo acrescenta a medida do intervalo entre a decisão, a autorização e a saída.

1. **Decisão.** O médico registra no prontuário a decisão de transferência, a justificativa e o tipo de leito. O horário desse registro, gravado pelo sistema, é o marco inicial do indicador IN 2.3.
2. **Solicitação.** O médico, com o enfermeiro, registra a solicitação no SER com laudo completo, sinais vitais, exames e escores, e leva ao prontuário o número e o horário da solicitação. Meta interna: até **30 minutos**, com folga sobre os 60 minutos do Anexo II; o painel alerta o supervisor quando uma decisão passa de 30 minutos sem solicitação.
3. **Vaga zero.** AVC em janela terapêutica, síndrome coronariana em janela de reperfusão e politrauma seguem como vaga zero, por decisão do médico regulador, como já ocorre

hoje, com os marcos dos protocolos do capítulo 10 (porta-saída de 30 minutos no infarto com indicação de angioplastia, de 45 minutos no AVC em janela e de 60 minutos no trauma grave).

4. **Acompanhamento.** O laudo é atualizado a cada 2 horas ou quando o quadro muda, com registro de cada contato com a regulação — horário, interlocutor e resposta.
5. **Escalonamento sem vaga.** Às 2 horas, o coordenador médico do plantão fala com a regulação médica; às 6 horas, a SEMUS é comunicada. O tempo de espera por vaga é sinalizado no prontuário para os fins do item 8.3.7 do Termo de Referência e da regra específica da ficha do IN 2.2.
6. **Transporte.** Com necessidade de suporte avançado, a equipe aciona o SAMU 192 e registra horário e resposta (item 5.5.3.3). Sem essa necessidade, a remoção é feita pela ambulância Tipo B da unidade, com condutor e técnico de enfermagem dedicados, mediante autorização do Complexo Regulador, na forma do manual de transporte do capítulo 11.
7. **Passagem do caso.** Sumário de transferência, exames e passagem verbal ao serviço de destino; o horário de saída é registrado como desfecho.

2.5 A área de observação

Quadro 2.7 – Leitos de observação por unidade

Leitos de observação	UPA Norte	UPA Sul
Masculina	9	12
Feminina	9	12
Pediátrica	9	8
Isolamento	2	2

Fonte: Termo de Referência.

2.5.1 Critérios de admissão

- tratamento que não se completa em até 2 horas — hidratação venosa, antibiótico parenteral, analgesia de resgate, nebulizações seriadas;
- elucidação diagnóstica com exames seriados, como a troponina na dor torácica de risco intermediário;
- vigilância depois da estabilização, sem indicação de internação;
- espera por transferência regulada em condição estável;
- crianças com desidratação, broncoespasmo que exige tratamento seriado ou outra condição que peça vigilância.

Não vai para a observação o usuário instável, que vai para a sala de estabilização, nem aquele cuja conduta se resolve na sala de medicação. Para essa fronteira, a regra é a do protocolo de acolhimento do capítulo 10: dor igual ou maior que 7, NEWS igual ou maior que 5,

necessidade de oxigênio, de monitorização ou de ECG seriado indicam leito; os demais casos ficam em poltrona, com reavaliação médica antes de 2 horas.

2.5.2 Critérios de permanência

A permanência é limitada a **24 horas** (item 5.2.2 do Termo de Referência). Na admissão, o médico registra o plano terapêutico e o critério de alta esperado. O prontuário emite alertas às **12, 18 e 22 horas**. Às 12 horas, o caso é obrigatoriamente reavaliado, com decisão de alta ou de solicitação de transferência; às 18 horas, o coordenador médico do plantão revisa todos os casos sem desfecho. Nenhum usuário chega às 24 horas sem solicitação registrada no SER.

2.5.3 Periodicidade de reavaliação

Quadro 2.8 – Periodicidade de reavaliação na observação

Reavaliação	Periodicidade	Responsável	Registro
Médica	Na admissão; no mínimo a cada 6 horas; em visita horizontal às 7h e às 19h; a cada resultado de exame ou mudança clínica	Médico da observação; pediatra na observação pediátrica	Evolução com plano atualizado
Enfermagem — sinais vitais e escore de alerta	A cada 4 horas; a cada 2 horas com escore intermediário; imediata se houver piora	Técnico de enfermagem, validado pelo enfermeiro	NEWS ou PEWS, dor, balanço quando indicado
Enfermagem — avaliação do enfermeiro	Na admissão e a cada plantão	Enfermeiro da observação	Processo de enfermagem (Resolução Cofen nº 736/2024)
Resposta ao escore de alerta	Intermediário: médico avalia em até 30 minutos. Alto: avaliação imediata e remoção para a sala de estabilização	Enfermeiro aciona; médico decide	Horário do acionamento e da avaliação
Passagem de plantão	A cada troca de turno, à beira do leito, no formato ISBAR	Médicos e enfermeiros	Relatório eletrônico de passagem de plantão

2.5.4 Equipe da observação por turno

Quadro 2.9 – Equipe da área de observação por turno

Profissional	Norte — dia	Norte — noite	Sul — dia	Sul — noite
Médicos clínicos — observação adulta	2	2	2	2
Pediatra — observação pediátrica e consultório	1	1	1	1
Enfermeiros — observação adulta	2	2	2	2
Enfermeiro — observação pediátrica	1	1	1	1
Técnicos — observação adulta	4	4	5	5
Técnicos — observação pediátrica	2	2	2	2

2.5.5 Outras regras da observação

- **acompanhante em tempo integral** para crianças, adolescentes, gestantes, pessoas com deficiência e pessoas idosas (item 5.2.4 do Termo de Referência);
- **alimentação** do usuário e do acompanhante com direito legal, com prescrição dietética e supervisão do nutricionista (itens 5.2.3 e 5.5.4) — dietas especiais incluídas;
- **isolamento** por precaução de contato, gotícula ou aerossol, conforme a Comissão de Controle de Infecção;
- **alta da observação** quando atingido o critério registrado na admissão, com orientações escritas, receita, atestado quando cabível e contrarreferência;
- **mapa de leitos** no prontuário, com ocupação, tempo de permanência e pendências de cada leito, revisado pelo coordenador médico e pelo enfermeiro supervisor a cada troca de plantão.

2.6 Os fluxogramas

A primeira figura representa o percurso completo descrito na seção 2.2, com os pontos de decisão D1 a D5 e os quatro desfechos. A segunda detalha a sala de estabilização e a rotina de regulação da seção 2.4, com os pontos D6 a D8. Os nomes das caixas e os códigos dos losangos correspondem às etapas e aos pontos de decisão dos Quadros 2.2 e 2.3.

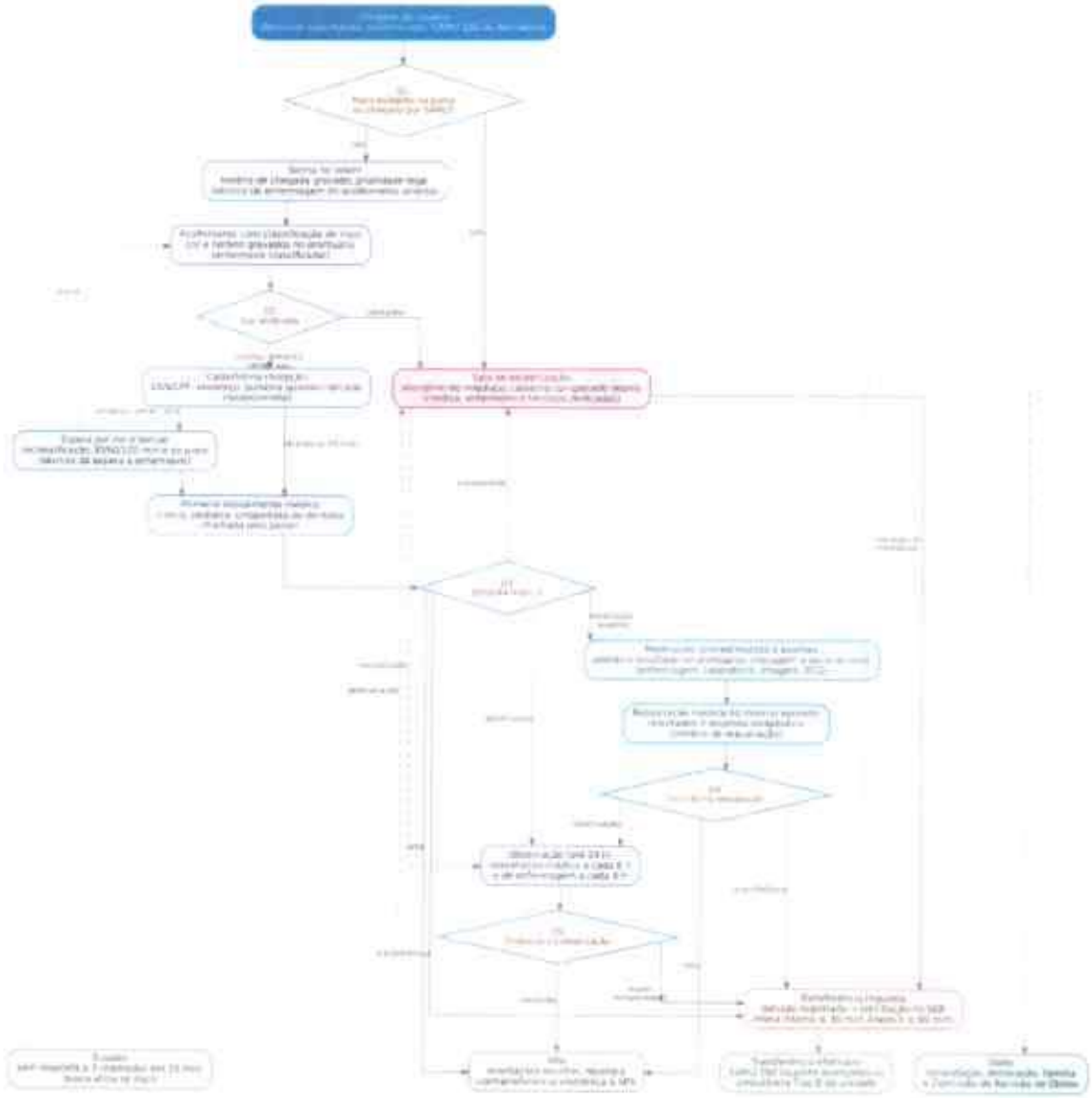

Figura 2.1 – Percurso assistencial do usuário

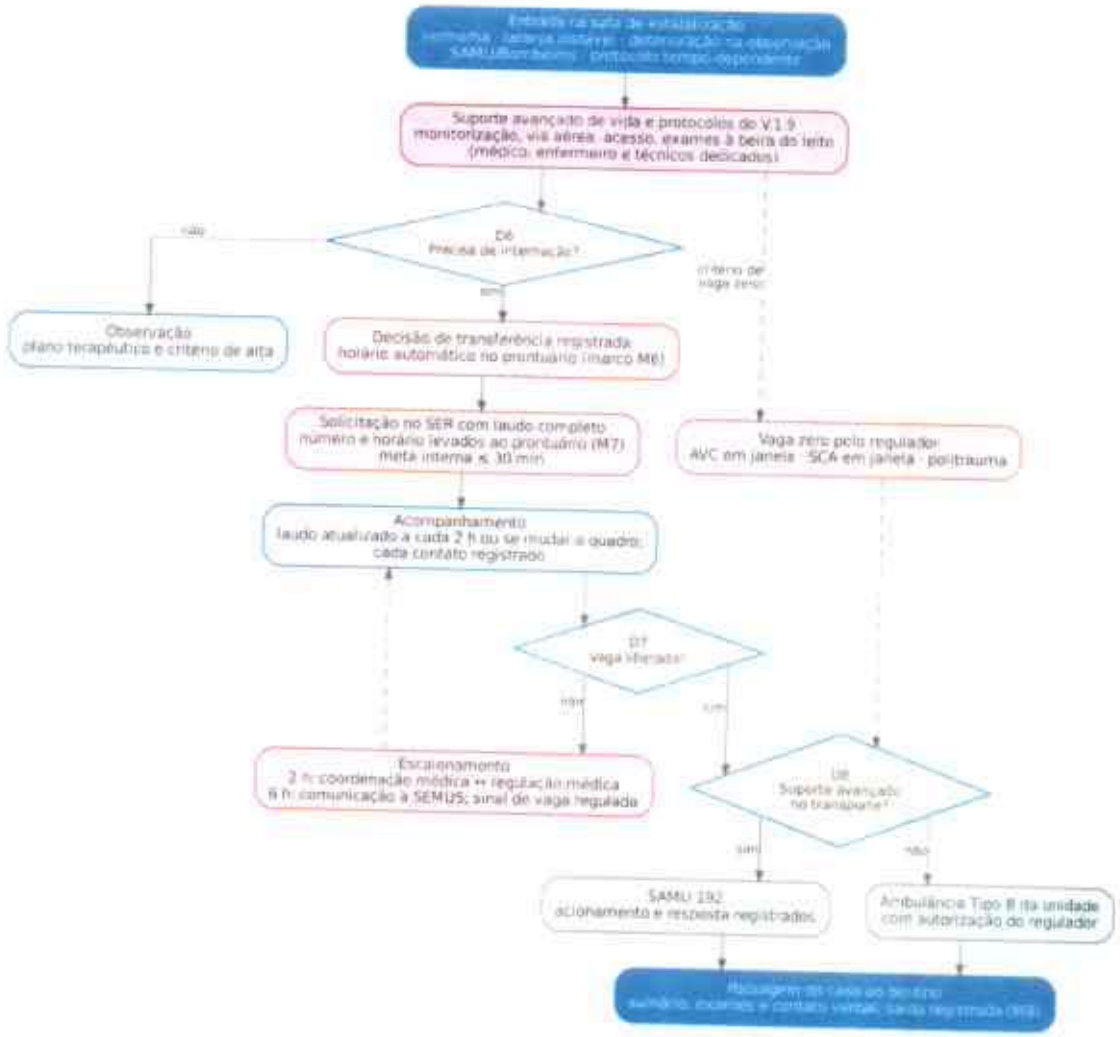

Figura 2.2 – Sala de estabilização e regulação

Legenda dos fluxogramas. Caixa azul-escura: início ou passagem do caso. Azul-clara: etapa assistencial. Vermelha: sala de estabilização. Laranja: regulação e escalonamento. Verde: desfecho. Losango: ponto de decisão. Linha tracejada: caminho de exceção (piora, deterioração, retorno). Linha pontilhada: evento não programado (evasão).

2.7 O monitoramento do fluxo

Os marcos registrados em cada etapa alimentam diretamente os indicadores do Anexo II e as metas internas que o Instituto adota para ter folga no seu cumprimento. A forma como o prontuário grava cada marco está no capítulo 9.

Quadro 2.10 – Indicadores alimentados pelo fluxo assistencial

Indicador	Marcos	Meta do Anexo II	Meta interna do ISAC
Tempo porta-médico por cor (IN 2.1)	Classificação → primeiro atendimento médico	Vermelha 5 min; laranja 10; amarela 60; verde 120; azul 240	Alerta ao atingir 75% do tempo-alvo
Chegada à classificação	Senha no totem → classificação	Não previsto	Até 10 minutos
Permanência sem e com exames (IN 2.2)	Classificação → desfecho	≤ 2 h / ≤ 6 h	Reavaliação médica dedicada
Permanência em observação (IN 2.2)	Admissão → saída da observação	≤ 24 h	Decisão obrigatória às 12 h
Decisão → solicitação no SER (IN 2.3)	Registro da decisão → registro no SER	≤ 60 min	≤ 30 min
Retorno não programado em 48 h (IN 2.4)	Desfecho anterior → novo episódio	≤ 20%	Análise mensal dos retornos por diagnóstico
Cobertura da classificação (IN 2.6)	Episódios de demanda espontânea com cor registrada	≥ 95%	Classificação em até 15 min na entrada direta

Fonte: Termo de Referência.

ÁREA DE ATIVIDADE · FLUXOS OPERACIONAIS

3 Fluxo unidirecional de materiais esterilizados e de roupas

As duas unidades processam o próprio material. A visita técnica de 7 de outubro de 2026 encontrou, nas duas, uma Central de Material e Esterilização com barreira física entre o expurgo e o preparo, guichê de passagem, vestiário de barreira e sala própria para a guarda do material estéril. A planta já separa o sujo do limpo, e as melhorias propostas estão no processo: a recuperação das autoclaves relacionadas no Anexo IV, das quais uma estava em uso em cada unidade no dia da visita; a rastreabilidade dos lotes esterilizados; a entrega do material aos setores assistenciais, que hoje o buscam na CME; e o acondicionamento do material usado nos setores, já que cada unidade tem um único expurgo central. A roupa é processada por lavanderia contratada, que também fornece o enxoval, com áreas separadas para a roupa limpa e a suja e sem cruzamento observado entre os fluxos.

Esta proposta mantém a CME própria em cada unidade, como hoje, e a lavanderia contratada, com enxoval fornecido pela empresa. Reforça a capacidade de esterilização, a rastreabilidade e a distribuição, e formaliza os dois fluxos de modo que a unidirecionalidade não dependa só da planta, mas também de carros, horários e registros distintos para o sujo e o limpo. A CME é de classe I, na forma da RDC Anvisa nº 15/2012, por processar apenas produtos de conformação não complexa.



Figura 3.1 – Central de Material e Esterilização das UPAs

3.1 O fluxo dos materiais, do expurgo à distribuição

O material segue seis etapas, sempre no mesmo sentido. Os artigos são classificados por grau de risco — críticos, semicríticos e não críticos —, e a classificação define o processo: os críticos são esterilizados; os semicríticos, esterilizados ou submetidos a desinfecção de alto nível; os não críticos, limpos e desinfetados no próprio setor (item 5.5.1 do Termo de Referência).

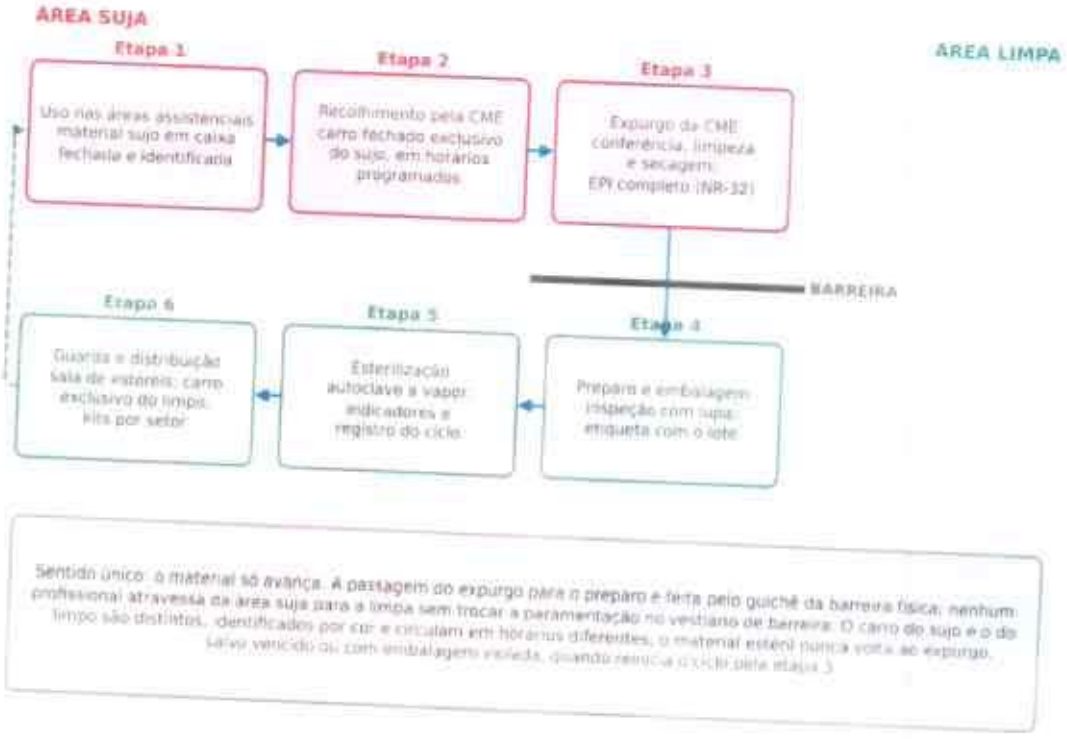

Figura 3.2 – Fluxo dos materiais esterilizados

Quadro 3.1 – Etapas do fluxo de materiais

Etapa	Onde	Quem	O que se faz
1. Uso e acondicionamento no setor	Área assistencial	Equipe de enfermagem do setor	Retirada de resíduos e perfurocortantes do instrumental no ponto de uso; acondicionamento em caixa fechada, rígida e identificada, sem enxágue no setor
2. Recolhimento	Corredores, por rota definida	Técnico da CME	Carro fechado exclusivo do sujo, de cor própria, em horários fixos (7h, 13h e 18h) e sob demanda da sala de estabilização no período diurno; no noturno, o material usado fica acondicionado em caixa fechada na área de utilidades do setor até o recolhimento das 7h, e a sala de estabilização conta com cota de kits dimensionada para o plantão noturno
3. Recepção e limpeza	Expurgo da CME (área suja)	Técnico da CME com EPI completo (NR-32)	Conferência por setor; limpeza manual com detergente enzimático e escovação, enxágue e secagem; registro da quantidade recebida
4. Inspeção, preparo e acondicionamento	Área limpa, após o guichê	Técnico da CME	Inspeção com lupa, montagem das caixas, embalagem com grau cirúrgico ou tecido não tecido, etiqueta com o lote
5. Esterilização	Área limpa, autoclaves	Técnico da CME, sob responsabilidade do enfermeiro	Ciclo a vapor com indicadores físico, químico e biológico; liberação do lote só depois da leitura dos indicadores

Etapa	Onde	Quem	O que se faz
6. Guarda e distribuição	Sala de estéreis; setores	Técnico da CME	Guarda em prateleira fechada ou cesto, por validade; kits por setor entregues em carro fechado exclusivo do limpo, em horários diferentes dos do recolhimento

Três medidas garantem que o sujo e o limpo não se cruzem. A primeira é física: a passagem do expurgo para o preparo é feita só pelo guichê, e ninguém passa da área suja para a limpa sem trocar a paramentação no vestiário de barreira. A segunda é de transporte: o carro do sujo e o do limpo são distintos, identificados por cor, e não circulam no mesmo horário. A terceira é de sentido: o material estéril nunca volta à área limpa por onde saiu; o que vence, cai ou tem a embalagem violada volta ao expurgo e reinicia o ciclo.

A distribuição muda de lógica. Hoje cada setor busca o que precisa; a partir da assunção, a CME entrega kits em cotas fixas por setor — curativo, sutura, pequenos procedimentos, via aérea, cateterismo —, repostas nos horários de distribuição e, no período diurno, sob demanda da sala de estabilização; no período noturno, a CME não processa material, e a cota de cada setor é dimensionada para cobrir o plantão. O profissional assistencial deixa de ir à CME, o que tira gente da área de guarda e reduz o tempo fora do posto.

Para a capacidade de esterilização, o Instituto faz, na vistoria da pré-assunção, o diagnóstico das autoclaves cedidas e providencia o reparo pela engenharia clínica do capítulo 20, com a meta de manter **pelo menos duas autoclaves em operação em cada unidade**, para que a parada de uma não interrompa o processamento. Enquanto o reparo não se completar, a unidade com autoclave parada processa na outra, com transporte em caixa fechada, lacrada e identificada, e o volume de material descartável é ampliado. Cada autoclave passa por qualificação de instalação, de operação e de desempenho, e a de desempenho é repetida anualmente e após manutenção corretiva.

Como cada unidade tem um único expurgo central, os setores assistenciais contam com área de utilidades para o acondicionamento do material usado em caixa fechada, sem lavagem no setor. A instalação de expurgos setoriais depende de alteração física e, se a Secretaria julgar conveniente, é proposta na forma do item 10.1, alínea "r", do Termo de Referência.

3.2 O fluxo das roupas, da coleta da suja à distribuição da limpa

A lavagem é feita por lavanderia contratada, com processo de barreira nas suas instalações, que também fornece o enxoval em regime de locação, na forma da RDC Anvisa nº 6/2012. Nas unidades, o fluxo tem seis etapas e duas pontas que não se comunicam: a sala de roupa suja e a rouparia limpa.

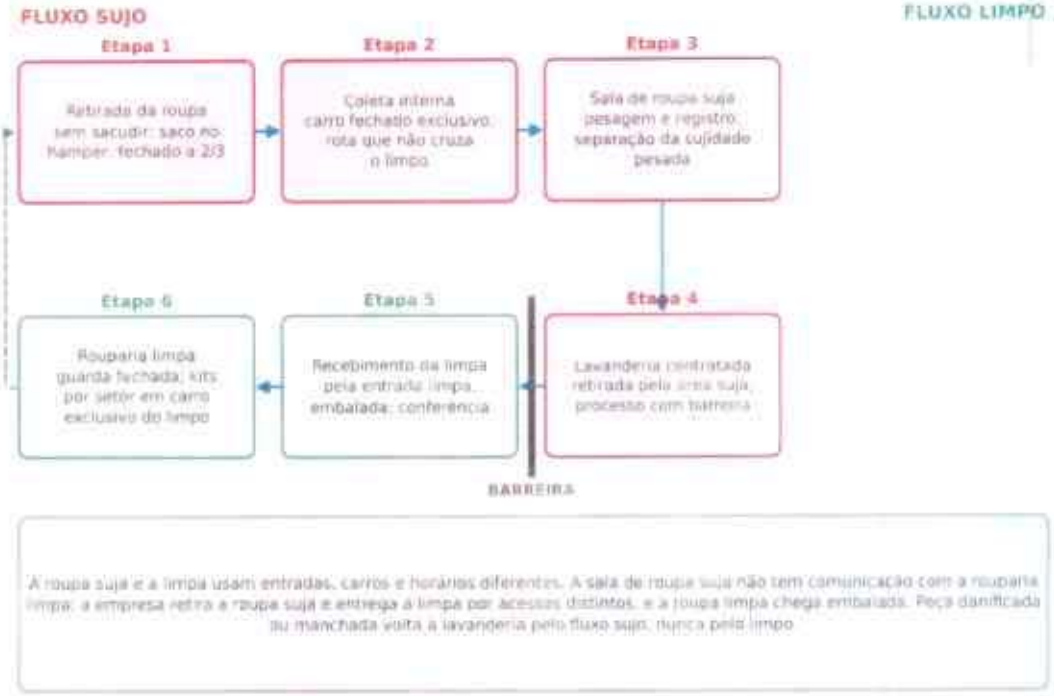

Figura 3.3 – Fluxo unidirecional das roupas

Quadro 3.2 – Etapas do fluxo de roupas

Etapa	Quem	O que se faz
1. Retirada no leito	Técnico de enfermagem	Retirada sem sacudir, com EPI; saco de tecido ou plástico no hamper do setor, fechado a dois terços; roupa com sujidade pesada em saco identificado
2. Coleta interna	Profissional da higienização	Carro fechado exclusivo da roupa suja, em horários fixos (7h30, 15h e 23h), por rota que não passa pela copa, pela rouparia limpa nem pela guarda de estéreis
3. Sala de roupa suja	Profissional da higienização	Pesagem e registro por setor; guarda em carro fechado até a retirada
4. Retirada pela lavanderia	Empresa contratada	Retirada diária pela porta da área suja, com romaneio de peso conferido pelas duas partes
5. Recebimento da roupa limpa	Encarregado da rouparia	Entrega pela entrada limpa, em pacotes fechados; conferência de peso, quantidade e qualidade; devolução da peça danificada
6. Guarda e distribuição	Encarregado da rouparia	Guarda em armário fechado; distribuição de kits por setor em carro exclusivo do limpo, nos horários em que não há coleta de roupa suja

A roupa suja e a limpa usam entradas, carros e horários diferentes, e a peça devolvida por defeito ou mancha volta à lavanderia pelo fluxo sujo, nunca pelo limpo. A perda e a evasão de enxoval são acompanhadas pelo romaneio de peso, e a qualidade da lavagem, por inspeção

amostral no recebimento, com registro das não conformidades para a fiscalização do contrato do capítulo 20.

3.3 Guarda, rastreabilidade dos lotes e registros de monitoramento

Quadro 3.3 – Locais de guarda

O quê	Onde fica	Condições
Material estéril	Sala de guarda de estéreis da CME, contígua à área limpa	Acesso restrito; prateleiras ou cestos fechados, a 20 cm do piso; temperatura e umidade registradas diariamente; ordem por validade
Kits nos setores	Armário fechado de cada setor	Cota fixa; conferência de validade a cada reposição
Material em processamento	Expurgo da CME	Somente até a limpeza; nada fica na área suja depois do turno
Roupa limpa	Rouparia limpa	Armário fechado, longe de fonte de umidade; acesso restrito
Roupa suja	Sala de roupa suja	Carro fechado até a retirada diária

A **rastreabilidade** passa a existir em todo material esterilizado. Cada pacote recebe etiqueta com código de barras com o número do lote — autoclave, data e ciclo —, a data de validade e o responsável pelo preparo. O lote só é liberado depois da leitura dos indicadores do ciclo, e o pacote aberto em paciente tem a etiqueta lida no prontuário eletrônico do capítulo 9. Assim, um ciclo com indicador biológico positivo permite localizar, no mesmo dia, todos os pacotes daquele lote e os usuários em que foram usados, com o recolhimento dos pacotes ainda guardados e a comunicação ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Quadro 3.4 – Registros de monitoramento dos processos

Monitoramento	Frequência	Registro
Teste de Bowie-Dick (autoclaves com pré-vácuo)	Diário, no primeiro ciclo de cada autoclave	Folha do teste anexada ao livro da autoclave
Indicador biológico	Diário, no primeiro ciclo de cada autoclave, em pacote-desafio; e em toda carga após manutenção	Leitura registrada; lote liberado após o resultado
Indicador químico externo	Em todo pacote	Mudança de cor conferida na saída da autoclave
Integrador químico interno	Em toda caixa de instrumental	Conferido na abertura, no setor
Parâmetros físicos do ciclo	Em todo ciclo	Impressão ou registro eletrônico de tempo, temperatura e pressão, vinculado ao lote
Qualificação das autoclaves	Anual e após manutenção corretiva	Relatório da engenharia clínica
Limpeza (inspeção com lupa)	Em todo instrumental	Não conformidade registrada e devolvida ao expurgo
Temperatura e umidade da guarda	Diária	Planilha da sala de estéreis
Recebimento da roupa limpa	Em toda entrega	Romaneio de peso e não conformidades

Os registros de esterilização ficam guardados por, no mínimo, cinco anos, na forma da RDC Anvisa nº 15/2012. O enfermeiro responsável técnico pela CME responde pelo processo, e a

Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde do capítulo 14 audita o fluxo a cada trimestre, com relatório à Diretoria Técnica.

3.4 Os dois fluxos em uma só visão

A figura abaixo junta os dois fluxos e os controles que os mantêm separados. No material, a passagem pela barreira entre o expurgo e o preparo, a liberação do lote só depois da leitura dos indicadores e a leitura do lote no prontuário do usuário; na roupa, a pesagem na saída e a conferência na entrega. Os carros, os horários e os registros do sujo e do limpo são distintos, e a Comissão de Controle de Infecção verifica os dois fluxos a cada trimestre.



Figura 3.4 – Fluxo geral dos materiais e das roupas

ÁREA DE ATIVIDADE · FLUXOS OPERACIONAIS

4 Fluxo de resíduos de serviços de saúde, segregado e unidirecional

A coleta e o tratamento dos resíduos das duas unidades são feitos hoje por empresa contratada, e cada UPA tem abrigo externo separado por grupo, como se viu na visita técnica de 7 de outubro de 2026. Sobre essa estrutura, a proposta organiza o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde de cada unidade, com a quantidade e os horários das coletas internas definidos, e o registro que demonstra, mês a mês, que o plano é cumprido.

O gerenciamento proposto segue a RDC Anvisa nº 222/2018, a Resolução Conama nº 358/2005, a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010), a NR-32 e a legislação estadual e municipal, como exige o item 5.5.2 do Termo de Referência. O princípio é o mesmo do capítulo 3: o resíduo só se afasta do ponto de assistência, por rota e horário que não cruzam o caminho do limpo.

4.1 Os grupos de resíduos e onde são gerados

As unidades geram resíduos dos grupos A, B, D e E. Não há geração de rejeito radioativo (grupo C): a radiologia é digital e não há medicina nuclear. Nos quadros desta parte, cada grupo aparece com o símbolo que identifica os seus sacos, recipientes e carros, na forma da RDC Anvisa nº 222/2018 e da norma ABNT NBR 7500.

Quadro 4.1 – Grupos de resíduos e pontos de geração

Grupo	O que é, nas UPAs	Pontos de geração
A1	Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos; recipientes e materiais resultantes do processo de análise	Laboratório, sala de coleta
A4	Gazes, compressas, equipos, sondas, luvas e demais materiais com sangue ou secreção sem sangue livre; kits de linhas e filtros; resíduos do isolamento	Sala de estabilização, observação, isolamento, medicação, procedimentos e sutura, gesso, classificação, consultórios, odontologia, CME (expurgo)
B	Medicamentos vencidos, contaminados ou parcialmente usados; saneantes e desinfetantes; reagentes de laboratório; pilhas, baterias e lâmpadas fluorescentes	Farmácia, medicação, laboratório, CME, higienização, manutenção
D	Resíduo comum sem risco biológico, químico ou radiológico: papel, embalagens, sobras de alimento, resíduo de áreas administrativas, gesso sem contaminação; recicláveis separados	Recepção, espera, administração, copa, refeitório, almoxarifado, todas as áreas
E	Agulhas, lâminas, ampolas de vidro, scalps, lancetas e demais perfurocortantes	Todas as áreas assistenciais, laboratório, odontologia, farmácia

4.2 Segregação, acondicionamento, coleta e armazenamento

O caminho de cada resíduo depende de onde ele nasce. A figura abaixo agrupa os setores das duas unidades pelo tipo de resíduo que geram e mostra, para cada grupo, o recipiente, o carro e o horário da coleta interna até o abrigo externo.

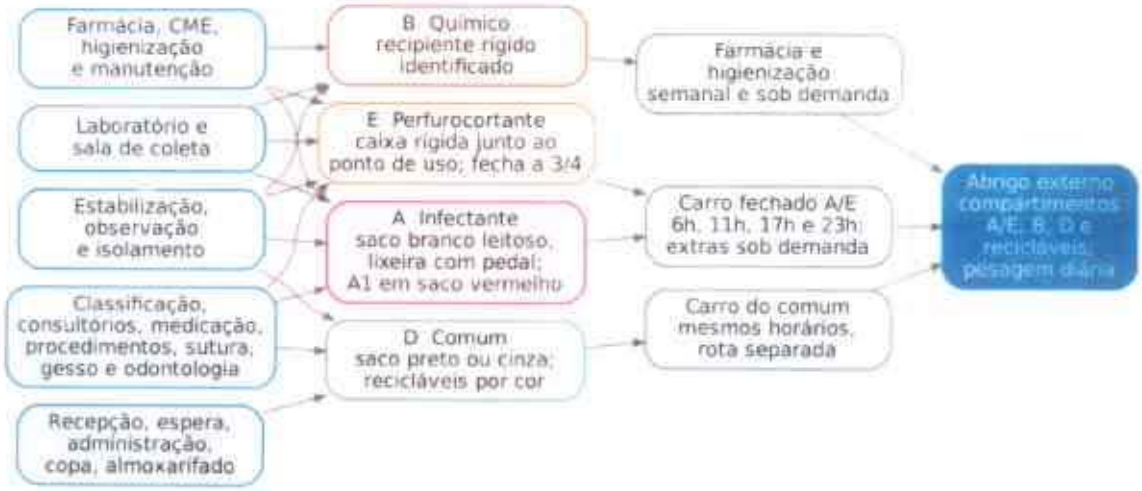

Figura 4.1 – Fluxo dos resíduos por grupo de setores

A **segregação** é feita no ponto e no momento da geração, por quem gera — o médico, o enfermeiro, o técnico, o dentista —, e não depois. Cada ponto de geração tem os recipientes de que precisa, sinalizados com o símbolo do grupo e com cartaz do que vai em cada um.

Quadro 4.2 – Acondicionamento, coleta interna e armazenamento por grupo

Grupo	Acondicionamento	Coleta interna	Armazenamento externo
A	Saco branco leitoso com símbolo de infectante, em lixeira com tampa e pedal; troca a dois terços da capacidade ou a cada 48 horas; A1 do laboratório em saco vermelho quando exigir tratamento	Carro fechado exclusivo, lavável, com símbolo	Compartimento do grupo A, fechado e com ponto de lavagem
B	Recipiente rígido compatível com a substância, identificado; medicamento na embalagem de origem quando possível; saneante no frasco original	Coleta programada pela farmácia e pela higienização	Compartimento do grupo B, com bacia de contenção
D	Saco preto ou cinza para o comum; recicláveis em saco ou coletor identificado por cor	Carro exclusivo do comum	Compartimento do grupo D, separado dos recicláveis
E	Caixa rígida para perfurocortante, fixada em suporte junto ao ponto de uso; fechada a três quartos da capacidade; sem reencape de agulha	No carro do grupo A, com a caixa lacrada	Compartimento do grupo A/E

A **coleta interna** é feita pela equipe de higienização, com EPI, em carros fechados e exclusivos, por rota fixa que vai das áreas assistenciais ao abrigo externo sem passar pela copa, pela rouparia limpa nem pela guarda de estéreis. São quatro coletas programadas por

dia, às 6h, 11h, 17h e 23h, fora dos horários de distribuição de refeições, de roupa limpa e de material estéril, e coletas extras sob demanda na sala de estabilização e no isolamento. Como o percurso entre os pontos de geração e o abrigo externo é curto, a coleta interna leva o resíduo direto ao abrigo externo, sem sala de armazenamento temporário, como admite a RDC nº 222/2018 — condição que o ISAC verifica na vistoria de assunção; onde a vistoria indicar percurso longo, a sala de utilidades do setor funciona como armazenamento temporário, com recipientes fechados, sem contato com o piso e esvaziada em cada coleta programada. O grupo B é recolhido pela farmácia e pela higienização uma vez por semana e sempre que houver descarte, e fica em compartimento próprio do abrigo.

O **abrigo externo** tem compartimentos separados por grupo, piso e paredes laváveis, ventilação, proteção contra vetores e acesso restrito, e fica do lado de fora da unidade, com acesso direto para o veículo de coleta. Os resíduos são pesados diariamente, por grupo, e o peso é registrado; a pesagem é a base do controle do contrato e do relatório mensal de resíduos. O abrigo e os carros são lavados e desinfetados após cada coleta externa.

4.3 A destinação final e a contratação do transporte e do tratamento

A coleta, o transporte, o tratamento e a disposição final são contratados com empresa licenciada pelo órgão ambiental do Tocantins (Naturatins) para cada atividade, selecionada pelo Regulamento de Compras do Instituto, com preço por quilograma e pesagem conferida na saída. Cada coleta é acompanhada de Manifesto de Transporte de Resíduos emitido no sistema nacional (SINIR), e a destinação, comprovada pelo Certificado de Destinação Final, arquivado com o manifesto.

Quadro 4.3 – Destinação final por grupo

Grupo	Tratamento e destinação final	Quem executa
A1	Tratamento que reduza a carga microbiana (autoclave ou incineração) antes da disposição em aterro licenciado	Empresa contratada
A4	Disposição em aterro licenciado para resíduos de serviços de saúde, sem tratamento prévio, como admite a RDC nº 222/2018	Empresa contratada
B	Incineração ou coprocessamento licenciados; devolução ao fabricante quando prevista na logística reversa (pilhas, baterias, lâmpadas)	Empresa contratada; fornecedor
D	Coleta pública de resíduos sólidos urbanos e aterro sanitário municipal; recicláveis destinados a associação ou cooperativa de catadores	Serviço de limpeza urbana de Palmas; cooperativa
E	Tratamento por incineração ou autoclave antes da disposição final	Empresa contratada

Até a assinatura do novo contrato, o Instituto mantém ou sucede o contrato vigente de coleta, como prevê o item 22.1.1 do Termo de Referência, para que não haja um dia sem coleta na

passagem da gestão. O custo do serviço e dos insumos está na Proposta Financeira, nas contas de material e de serviços de gerenciamento de resíduos de cada unidade.

4.4 O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

O Instituto se compromete a elaborar, implantar e manter atualizado o PGRSS de cada unidade. O plano é elaborado nos dois primeiros meses de execução, no cronograma da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do capítulo 14, submetido à Secretaria e à vigilância sanitária, revisado a cada ano e sempre que mudar a estrutura, os serviços ou a legislação, e mantido em versão impressa e eletrônica, à disposição dos trabalhadores, da fiscalização e da Secretaria.

O **responsável técnico** pelo PGRSS de cada unidade é profissional de nível superior com registro em conselho de classe e anotação de responsabilidade técnica, designado pela Diretoria Geral das UPAs, com nome e registro informados à Secretaria Municipal da Saúde e à vigilância sanitária antes do início da operação; um deles coordena a Comissão de Gerenciamento de Resíduos do capítulo 14. Desde o primeiro dia de execução, enquanto o plano é elaborado, vale um plano provisório com as regras desta parte.

O PGRSS conterá, no mínimo:

- o diagnóstico de cada unidade: grupos, pontos de geração e quantidades geradas, apuradas pela pesagem dos primeiros trinta dias;
- os procedimentos de segregação, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno e armazenamento, com as rotas e os horários de cada unidade em planta;
- os contratos, as licenças ambientais e os certificados das empresas de coleta, transporte, tratamento e destinação;
- as ações de capacitação — segregação na integração de todo profissional e reciclagem anual —, de saúde do trabalhador (vacinação contra hepatite B e tétano, conduta no acidente com material biológico) e de emergência (derramamento e acidente);
- os indicadores: quantidade gerada por grupo e por atendimento; proporção de resíduo do grupo A em relação ao total, que mede a qualidade da segregação; acidentes com perfurocortante; não conformidades em inspeção; e proporção de recicláveis destinados.

A Comissão inspeciona os pontos de geração e o abrigo a cada mês, e o relatório mensal de resíduos — pesos, manifestos, certificados e não conformidades — integra a documentação de fiscalização do contrato do capítulo 20.

4.5 O fluxo completo, da geração à destinação

A figura final reúne as etapas desta parte na ordem em que o resíduo as percorre: geração, segregação e acondicionamento no ponto, coleta interna e armazenamento no abrigo externo, dentro da unidade; coleta externa, transporte, tratamento e destinação, fora dela, cada uma

com o seu documento. O PGRSS, com o responsável técnico e a Comissão, acompanha o fluxo inteiro.



Figura 4.2 – Fluxo completo dos resíduos

ÁREA DE ATIVIDADE · FLUXOS OPERACIONAIS

5 Fluxo de registros, documentos e prontuários de usuários

Hoje o prontuário das duas unidades começa no e-SUS PEC e, depois da primeira consulta, segue impresso com o usuário. O SAME guarda o arquivo físico; na UPA Norte, os prontuários anteriores a abril de 2026 já foram recolhidos à Secretaria, e na UPA Sul o arquivo continua na unidade. Foi o que a visita técnica de 7 de outubro de 2026 mostrou. As melhorias propostas são o registro eletrônico do começo ao fim, prazos curtos para a localização dos prontuários e uma rotina escrita para os períodos de indisponibilidade do sistema.

Esta parte descreve o ciclo de vida do prontuário e dos demais registros no modelo proposto, em que o registro é eletrônico do começo ao fim, no sistema do capítulo 9, e o papel fica restrito aos documentos que precisam nascer em papel — que são digitalizados e incorporados ao mesmo prontuário. A titularidade dos prontuários e dos registros assistenciais é do Município de Palmas, controlador dos dados pessoais; o Instituto é o operador e o custodiante durante a parceria (capítulo 23 do Termo de Referência).

5.1 O fluxo do prontuário, da abertura ao arquivamento

O prontuário nasce na classificação de risco. Como a classificação vem antes do cadastro, o enfermeiro classificador abre o registro do usuário com a cor, o discriminador e o horário, e a recepção, no cadastro, vincula esse registro ao Cartão Nacional de Saúde ou ao CPF e abre o episódio de atendimento — o mesmo episódio que, segundo a Secretaria, reúne todos os registros de um atendimento, do acolhimento à alta. Assim, nenhum atendimento existe sem classificação, e nenhuma classificação fica solta, sem usuário. O usuário que chega direto à sala de estabilização é registrado com identificação provisória e tem a classificação lançada em até 15 minutos; a identificação definitiva substitui a provisória sem perder os registros já feitos.

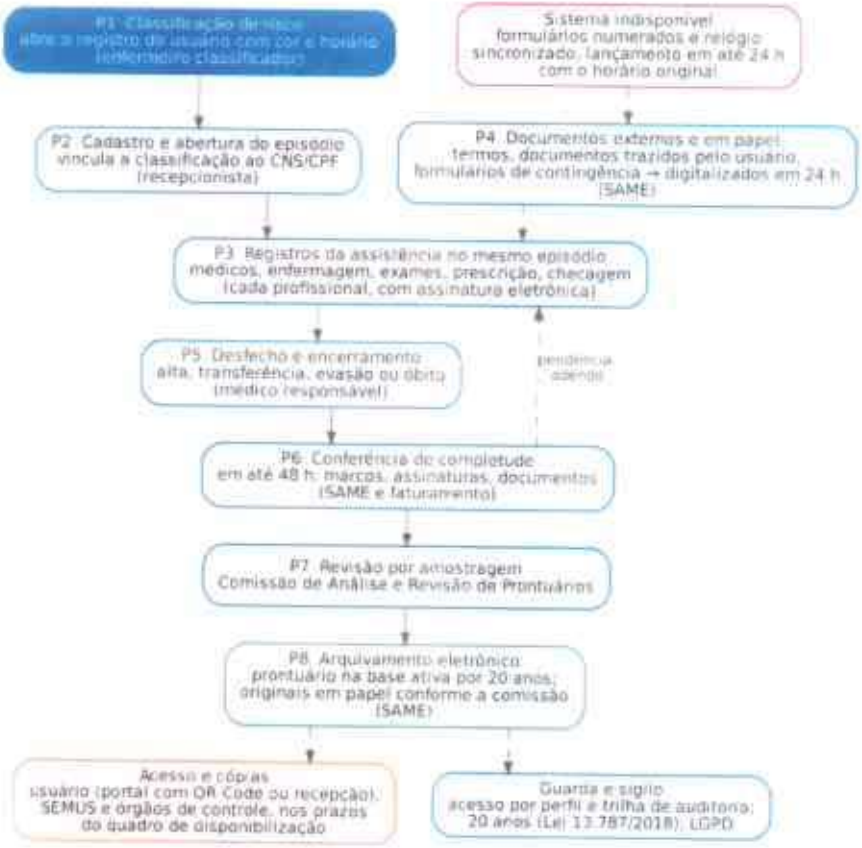

Figura 5.1 – Fluxo do prontuário

Quadro 5.1 – Etapas do fluxo do prontuário e responsáveis

Etapa	O que acontece	Responsável
P1. Classificação	Abertura do registro com cor, discriminador e horário gravados pelo sistema	Enfermeiro classificador
P2. Cadastro e episódio	Identificação pelo CNS ou CPF, consultados no CADSUS quando o usuário não traz o cartão; vínculo da classificação ao usuário; abertura do episódio	Recepcionista
P3. Registros da assistência	Anamnese, evoluções, prescrição, checagem, pedidos e resultados de exames, processo de enfermagem, escores, termos — todos no mesmo episódio, datados e com assinatura eletrônica individual	Cada profissional que presta assistência
P4. Documentos em papel	Termos de consentimento e de recusa, documentos trazidos pelo usuário, declaração de óbito (cópia) e formulários de contingência digitalizados em até 24 horas e anexados ao episódio	SAME
P5. Desfecho	Registro do tipo e do horário do desfecho; o episódio só se encerra com ele; contrarreferência emitida na alta	Médico responsável pelo desfecho
P6. Conferência de completude	Em até 48 horas: marcos de tempo, assinaturas, documentos obrigatórios e dados de faturamento; pendência devolvida ao autor para adendo	SAME e faturamento

Etapa	O que acontece	Responsável
P7. Revisão de qualidade	Revisão mensal por amostragem, com devolutiva às equipes	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários
P8. Arquivamento	Prontuário mantido na base ativa, consultável por quem tem perfil; originais em papel guardados ou eliminados conforme a análise da comissão	SAME

Nenhum registro é apagado. A correção é feita por adendo identificado, que preserva o registro original, e cada acesso, inclusão e alteração fica na trilha de auditoria do sistema (item 23.3, alínea "c", do Termo de Referência).

O arquivo físico existente. Na UPA Sul, o arquivo de prontuários em papel é inventariado na transição e permanece sob guarda do SAME, em sala de acesso restrito, com registro de cada retirada; na UPA Norte, os prontuários recolhidos à Secretaria continuam sob a guarda dela. Os prontuários em papel anteriores à parceria não são digitalizados em massa; são digitalizados sob demanda, quando solicitados, e devolvidos ao Município ao término, com o inventário.

5.2 Guarda, temporalidade e sigilo

A guarda segue a Lei Federal nº 13.787/2018, que regula a digitalização e o uso de sistemas informatizados para o prontuário e fixa o prazo mínimo de 20 anos a partir do último registro; as Resoluções CFM nº 1.638/2002, que define o prontuário e a sua comissão de revisão, e nº 1.821/2007, que trata do prontuário eletrônico e da digitalização; e o item 23.4 do Termo de Referência. A digitalização dos documentos em papel usa certificado digital ICP-Brasil, e a eliminação de original digitalizado só ocorre depois da análise da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, como exige a Lei nº 13.787/2018.

Quadro 5.2 – Prazos de guarda dos registros

Registro ou documento	Prazo de guarda	Base
Prontuário do usuário, inclusive a classificação de risco e os documentos digitalizados	Mínimo de 20 anos do último registro	Lei nº 13.787/2018, art. 6º; TR 23.4
Trilha de auditoria de acessos ao prontuário	Toda a vigência e 5 anos após o encerramento	TR 23.3, alínea "c"
Registros de esterilização	5 anos	RDC Anvisa nº 15/2012
Escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial	Conforme a Portaria SVS/MS nº 344/1998	Portaria SVS/MS nº 344/1998
Manifestos e certificados de resíduos	5 anos	Prazo adotado pelo Instituto e registrado no PGRSS (capítulo 4)
Documentos da prestação de contas da parceria	10 anos, contados do dia útil seguinte à prestação de contas	Lei nº 13.019/2014, art. 68
Escalas, ponto e registros de pessoal	Prazos da legislação trabalhista e previdenciária	CLT e legislação previdenciária
Imagens do circuito de câmeras	30 dias, salvo requisição de autoridade	Política do Instituto

O **sigilo** é dever de todo profissional, na forma do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e da Lei Federal nº 13.709/2018, que trata os dados de saúde como dados pessoais sensíveis. Na prática, isso se traduz em acesso restrito por perfil — o profissional só vê o prontuário de quem está atendendo, e o acesso fora disso exige justificativa registrada —, termo de confidencialidade assinado por todos, proibição de fotografar telas ou documentos, impressão apenas dos documentos entregues ao usuário e informação clínica dada só ao usuário, ao representante legal ou a quem ele autorizar. A retirada de qualquer documento assistencial da unidade depende de autorização do Diretor Técnico (regimento interno do capítulo 6). As medidas de segurança da informação estão no capítulo 9.

5.3 Disponibilização dos registros e prazos

O prontuário é do Município, e o usuário tem direito à informação sobre si. O Quadro 5.3 define quem pode pedir, por qual canal e em que prazo cada pedido é atendido.

Quadro 5.3 – Disponibilização de registros e prazos de atendimento

Quem pede	O quê	Como	Prazo
Secretaria Municipal da Saúde — Gestor da Parceria e áreas técnicas	Acesso aos registros, ao painel e às bases	Perfil de leitura no sistema e base do BI municipal	Imediato, em tempo real (TR 5.7.2)
Secretaria Municipal da Saúde	Cópia de prontuário, relatório ou base de dados	Ofício ou sistema eletrônico	2 dias úteis; 24 horas se a Secretaria indicar urgência
Órgãos de controle, Ministério Público, Defensoria e Poder Judiciário	Cópia de prontuário ou informação	Requisição formal, com ciência da Secretaria	No prazo da requisição; sem prazo fixado, 5 dias úteis
Usuário ou representante legal	Cópia integral ou parcial do prontuário, laudos e exames	Pedido pelo portal de prontuário do Instituto, na recepção ou no canal do encarregado de dados, com identificação	5 dias úteis; laudos e exames do atendimento no ato da alta
Usuário transferido	Sumário de transferência e exames	Junto com o usuário e por meio eletrônico ao serviço de destino	No ato da transferência
Familiar de usuário falecido	Cópia do prontuário	Pedido com comprovação do vínculo, na forma da norma do CFM	5 dias úteis

Todo pedido é registrado com data de entrada e de entrega, e o SAME apura mensalmente o prazo médio e o percentual atendido no prazo, com meta de 100%. No prontuário eletrônico, valem os prazos acima; para o arquivo em papel anterior à parceria, o prazo é de 10 dias úteis, por depender de busca e digitalização.

Para o pedido do próprio usuário, o Instituto leva às UPAs de Palmas o **portal de solicitação de prontuário** que já mantém em outras unidades, como o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, em Parnaíba/PI. O usuário cria a conta depois de uma verificação de identidade

feita no próprio portal, pede o prontuário, os resultados de exames, a prescrição ou o atestado do seu atendimento e acompanha o pedido pela internet. O SAME localiza e organiza os documentos, o setor de privacidade do Instituto confere e audita o conjunto antes da liberação, e a entrega é feita em formato digital, no e-mail ou no telefone informados. O resultado de exame também pode ser consultado diretamente no portal, com o código e a senha enviados ao e-mail do usuário.

Nas unidades, cartazes com QR Code na recepção, na espera e no ponto de alta levam ao portal, e a recepção continua recebendo o pedido presencial de quem não usa a internet. O pedido de representante legal ou de familiar de usuário falecido exige a comprovação do vínculo, conferida pelo setor de privacidade.



Figura 5.2 – Portal e cartaz de solicitação de prontuário

5.4 Recuperação e continuidade dos registros quando o sistema para

A indisponibilidade do sistema não interrompe o registro; muda o suporte. A rotina segue o plano de contingência em quatro níveis do capítulo 9:

1. **Antes da falha.** O servidor local de contingência de cada unidade mantém cópia de leitura dos pacientes em atendimento e imprime, a cada quatro horas, o relatório de contingência de cada setor — usuários presentes, cor, alergias, prescrição vigente. Cada setor guarda um kit de formulários numerados de classificação, atendimento, prescrição e checagem, e o relógio do setor é sincronizado com o do sistema.

2. **Durante a falha.** O enfermeiro supervisor declara a contingência, registra o horário de início e distribui os formulários. Cada registro em papel leva a hora do relógio sincronizado e a assinatura do profissional; a classificação continua com as cinco cores; a prescrição vigente é consultada no relatório impresso ou no servidor local. Indisponibilidade superior a uma hora é comunicada à Secretaria.
3. **Na volta.** Equipe designada pela Coordenação Administrativa lança os formulários em até 24 horas, marcados como "registro de contingência" e com os horários originais; os formulários são digitalizados e anexados ao episódio. O lançamento com a hora do lançamento, e não a do atendimento, é vedado — desfiguraria os indicadores do Anexo II.
4. **Depois.** A ocorrência — início, fim, causa, registros lançados — entra no relatório mensal, para os fins da ressalva do item 6.1.1 do Anexo II quando a falha for de sistema municipal, e é analisada pela tecnologia da informação para prevenir a repetição.

Na perda de dados da plataforma, a recuperação é feita pelas cópias de segurança, com perda máxima de 15 minutos de dados e retorno em até quatro horas; os registros do intervalo são recompostos pelos formulários de contingência. O plano é exercitado em simulado antes do primeiro dia e, depois, a cada semestre.

ÁREA DE ATIVIDADE · INSTRUMENTOS DE GESTÃO

6 Proposta de regimento interno da unidade

O regimento interno é o documento que diz como a unidade se organiza para funcionar: qual é a sua finalidade e até onde vai o seu campo de atuação, quem responde por cada área, como as pessoas se sucedem nos plantões e nas funções de direção, e como a unidade se relaciona com quem está fora dela – a Secretaria Municipal da Saúde, a regulação e os demais pontos da rede. Nas UPAs Norte e Sul de Palmas, que atendem juntas cerca de 847 usuários por dia e reúnem mais de trezentos profissionais, esse documento é a referência comum a que o regimento do serviço de enfermagem (capítulo 7), o regimento do corpo clínico (capítulo 8), os regimentos das comissões e núcleos (capítulo 14) e os manuais e protocolos se subordinam.

A minuta a seguir segue o modelo de regimento interno das unidades geridas pelo ISAC, adaptado a uma unidade de pronto atendimento gerida por Termo de Colaboração: a finalidade e o campo de atuação vêm do capítulo 5 do Termo de Referência e da Portaria GM/MS nº 10/2017; a estrutura organizacional tem três níveis, com a Diretoria Geral das UPAs, exercida pela Superintendência Administrativa e Financeira do ISAC, no primeiro nível e, em cada UPA, a Diretoria Técnica, a Coordenação de Enfermagem e a Gerência da Unidade, a mesma estrutura do organograma do capítulo 23 e dos regimentos dos capítulos 7 e 8; as regras de funcionamento consolidam as escalas, as substituições e o sobreaviso já detalhados nos regimentos específicos e no capítulo 24; e o relacionamento com a Secretaria Municipal da Saúde, com a regulação e com a rede reproduz os capítulos 19 e 20 e o Anexo VIII do Termo de Referência, os itens 5.5.3 e 10.6 e o fluxo de contrarreferência do capítulo 21.

6.1 Como o regimento está organizado

O documento é uma norma de 2º nível na hierarquia da Norma de Gestão de Documentos do ISAC (Norma Zero, NOR.GQ.SED.001, versão 02), no modelo do seu Anexo VIII, com o código REG.DIREU.SED.001 (regimento, Diretoria de Unidade, documento da sede aplicável às unidades geridas), confirmado pela Gerência de Qualidade na publicação. O Quadro 6.1 resume o conteúdo de cada capítulo.

Quadro 6.1 – Estrutura do Regimento Interno

Capítulo	Conteúdo
I – Constituição, natureza e finalidades	Identificação das duas unidades, natureza jurídica da gestão, finalidades e princípios
II – Campo de atuação e serviços	O que as UPAs fazem (blocos de serviços do Termo de Referência), a quem atendem, os limites da unidade de pronto atendimento e o que não integra o seu campo
III – Estrutura organizacional	Os três níveis da estrutura, o apoio da sede e o que é próprio de cada UPA, os órgãos colegiados, inclusive o colegiado de gestão da unidade, e as instâncias autônomas

Capítulo	Conteúdo
IV – Competências dos órgãos	Competências da Diretoria Geral, da Diretoria Técnica, do apoio corporativo da sede, da Gerência da Unidade, da Coordenação de Enfermagem, das coordenações e supervisões e dos serviços de apoio
V – Funcionamento	Regime de 24 horas, horários por serviço, escalas, substituições dos dirigentes, sobreaviso, acesso, visitas e acompanhantes, identificação, comunicação, prontuário e dados
VI – Relacionamento com a SEMUS, a regulação e a rede	Governança da parceria, relatórios e prazos, comunicações obrigatórias, fiscalização e controle social; Complexo Regulador Estadual e SAMU 192; Atenção Primária, hospitais e demais pontos da RAS
VII – Bens, patrimônio e gestão financeira	Bens cedidos em permissão de uso, inventário, aquisições, conta específica, compras e contratações
VIII – Direitos dos usuários e deveres gerais dos trabalhadores	Direitos assegurados ao usuário e deveres comuns a todos os que atuam nas unidades
IX – Disposições finais	Aprovação, publicação, revisão, casos omissos e vigência do regimento
Anexos I a V	Organograma até o 3º nível; horários de funcionamento por serviço; substituições e sobreaviso; relações institucionais; ciclo de acompanhamento da parceria

6.2 Decisões de organização que o regimento consolida

- **Uma parceria, duas unidades.** A Diretoria Geral das UPAs é exercida pelo Superintendente Administrativo e Financeiro do ISAC e se apoia nas áreas corporativas da sede — gestão financeira e contabilidade, compras e contratos, Gente e Gestão, qualidade, tecnologia, jurídico e Controle Interno —, o que concentra a interlocução com a Secretaria Municipal da Saúde, a prestação de contas, as compras e as políticas de pessoal onde ganham escala, sem criar cargos de direção nas unidades. Cada UPA, porém, é um estabelecimento próprio – com CNES, CNPJ de filial, Diretor Técnico registrado no CRM-TO, Coordenador de Enfermagem com Anotação de Responsabilidade Técnica no Coren-TO, Gerente da Unidade, colegiado de gestão, escalas, equipes e comissões eleitas próprias –, e nenhum cargo é comum às duas unidades.
- **Três níveis, e não mais.** O regimento fixa a estrutura até o terceiro nível, a mesma do organograma do capítulo 23: a Diretoria Geral das UPAs, exercida pelo Superintendente Administrativo e Financeiro do ISAC (1º); os três titulares de cada unidade — Diretor Técnico, Coordenador de Enfermagem e Gerente da Unidade — (2º); e as coordenações, supervisões e referências de área (3º). As atribuições de cada cargo estão no capítulo 23, e o número de profissionais, no quadro de pessoal do capítulo 22.
- **O que já está regrado não é reescrito.** As escalas e a cobertura de ausências da enfermagem e do corpo clínico, a passagem de plantão, as comissões e a educação permanente estão nos capítulos 7, 8, 14, 24 e 25; o regimento interno remete a eles e fixa apenas as regras comuns – regime de 24 horas, horários por serviço, substituição dos dirigentes e sobreaviso.
- **A relação com a Secretaria segue o rito do Termo de Referência.** Relatório mensal até o dia 20, conferência pela Superintendência de Atenção Especializada, relatório

técnico do Gestor da Parceria, reunião mensal e consolidação trimestral da Comissão de Monitoramento e Avaliação, plano de providências em 30 dias, manifestação sobre a parcela variável em 15 dias úteis. O regimento internaliza esses prazos e designa quem responde por cada um.

- **Regulação e rede.** A transferência dos usuários que excedem a capacidade da UPA é sempre regulada pelo Complexo Regulador Estadual; o suporte avançado e as remoções que exigem médico a bordo são do SAMU 192; a ambulância de suporte básico de cada unidade faz as remoções autorizadas pela regulação; e a alta de todo usuário gera contrarreferência à Atenção Primária, na forma do capítulo 21.
- **Aprovação em duas instâncias.** O regimento é aprovado pelo ISAC na alçada da Norma Zero antes do início da operação e encaminhado ao Gestor da Parceria e à Comissão de Monitoramento e Avaliação, com a comunicação prévia de qualquer mudança na direção geral, administrativa e técnica que o item 10.2 do Termo de Referência exige; a revisão é bienal ou sempre que o Termo de Colaboração, o Plano de Trabalho ou a estrutura das unidades mudarem.

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 1 de 34

6.3 Regimento Interno das UPAs 24h Norte e Sul de Palmas

Código REG.DIREU.SED.001 · versão 00 (minuta) · documento de 2º nível (norma) na hierarquia da Norma Zero, estruturado no modelo de regimento do Anexo VIII (capítulos, artigos, incisos e alíneas).

CAPÍTULO I – DA CONSTITUIÇÃO, DA NATUREZA E DAS FINALIDADES

Art. 1º Este Regimento Interno disciplina a organização, o funcionamento, as competências e as relações institucionais das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte – José de Souza Dourado, inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob o nº 2755289, situada na 203 Norte, Alameda LO 06, APM 02, s/n – Plano Diretor Norte, Palmas/TO, e Sul – Gerson Pires de Aguiar, CNES nº 2492555, situada na Avenida Perimetral 02, nº 04, Quadras 72/73 – Setor Aureny II, Palmas/TO, ambas habilitadas como Unidade de Pronto Atendimento 24h de Porte III, Opção VIII, integrantes da Rede de Atenção às Urgências do Município de Palmas.

§ 1º As unidades são estabelecimentos públicos municipais, cujos bens e instalações são cedidos em permissão de uso ao Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), organização da sociedade civil sem fins lucrativos, que as gere por Termo de Colaboração celebrado com o Município de Palmas, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS), na forma da Lei Federal nº 13.019/2014 e do Decreto Municipal nº 2.121/2021, com base no Chamamento Público nº 001/2026.

§ 2º Para todos os fins, cada UPA é um estabelecimento de saúde próprio, com registro individual no CNES, inscrição própria do ISAC como filial, Diretor Técnico e Enfermeiro Responsável Técnico registrados nos respectivos conselhos, licenças sanitárias, escalas e equipes independentes; este Regimento é único porque as regras de organização e funcionamento são as mesmas.

§ 3º As unidades adotam, nas identificações visuais e nos formulários, o símbolo e o nome designativo de cada UPA, do SUS e da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, seguidos do nome do ISAC, na forma do item 10.1 do Termo de Referência, e atendem exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde, vedada qualquer cobrança ao usuário.

Art. 2º As UPAs Norte e Sul têm por finalidade prestar, de forma ininterrupta, nas 24 horas do dia e em todos os dias do ano, atendimento de urgência e emergência de complexidade intermediária à população de Palmas e aos usuários referenciados ou que espontaneamente as procurem, e, para isso:

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 2 de 34

I – acolher todo usuário que tiver acesso à unidade e classificar o seu risco, ordenando o atendimento pela prioridade clínica, na forma da Política Nacional de Humanização;

II – prestar o primeiro atendimento médico e de enfermagem, estabilizar os usuários graves, tratar as condições agudas que estão ao alcance de uma unidade de pronto atendimento e observar os usuários por até 24 horas para estabilização ou elucidação diagnóstica;

III – encaminhar, por meio da regulação, os usuários que necessitem de cuidado hospitalar ou especializado, e contrarreferenciar à Atenção Primária os que recebem alta;

IV – funcionar como retaguarda da Atenção Primária e do SAMU 192, aliviando as portas hospitalares de urgência da rede;

V – realizar a vigilância em saúde no seu âmbito, notificando os agravos e alimentando os sistemas de informação;

VI – cumprir as metas de produção, de acesso, de qualidade e de segurança pactuadas no Termo de Colaboração e no Plano de Trabalho;

VII – servir, quando indicado pela Secretaria Municipal da Saúde, de cenário de ensino e formação em serviço;

VIII – gerir com transparência, economicidade e prestação de contas os recursos públicos que lhe são confiados.

Art. 3º A organização e o funcionamento das unidades observam os princípios e as diretrizes do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade –, a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Segurança do Paciente e os princípios institucionais do ISAC: ética pessoal e institucional, gestão profissional e transparente, humanização, inovação, melhoria contínua, meritocracia, segurança do paciente, sustentabilidade e valorização e respeito às pessoas.

Art. 4º Este Regimento aplica-se a todos os que atuam nas unidades – dirigentes, empregados do ISAC, profissionais contratados por pessoa jurídica, prestadores de serviços e seus empregados, servidores públicos municipais disponibilizados, residentes, estagiários e voluntários autorizados – e, no que lhes diz respeito, aos usuários, acompanhantes, visitantes e fornecedores; a ele subordinam-se o regimento do serviço de enfermagem (capítulo 7 da Proposta Técnica), o regimento do corpo clínico (capítulo 8 da Proposta Técnica), os

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 3 de 34

regimentos das comissões e núcleos (capítulo 14 da Proposta Técnica), os manuais, os protocolos e os procedimentos operacionais padrão das unidades.

CAPÍTULO II – DO CAMPO DE ATUAÇÃO E DOS SERVIÇOS

Art. 5º O campo de atuação das UPAs Norte e Sul é o atendimento pré-hospitalar fixo de urgência e emergência, de complexidade intermediária entre a Atenção Primária e as portas hospitalares, compreendendo os blocos de serviços do capítulo 5 do Termo de Referência:

I – **atividades assistenciais**: acolhimento com classificação de risco em sala específica; atendimento médico nas 24 horas em clínica médica, pediatria e ortopedia; estabilização e observação do usuário, com reavaliação até a alta ou o encaminhamento regulado; cuidados de enfermagem; imobilizações, aparelhos gessados e demais procedimentos ortopédicos; suturas e pequenos procedimentos; urgência odontológica; serviço social; vacinação e profilaxias próprias da urgência; e notificação dos agravos de notificação compulsória;

II – **apoio diagnóstico e terapêutico**: exames laboratoriais e testes rápidos, radiologia, ultrassonografia e eletrocardiografia, com resultados no prontuário eletrônico e laudo por profissional habilitado;

III – **assistência farmacêutica e insumos**: aquisição, armazenamento, dispensação e rastreabilidade de medicamentos, inclusive os sujeitos a controle especial, materiais médico-hospitalares, gases medicinais e equipamentos de proteção individual;

IV – **apoio técnico, logístico e hoteleiro**: higienização e desinfecção, processamento de materiais em Central de Material e Esterilização, rouparia e lavanderia, alimentação e nutrição, vigilância patrimonial, gerenciamento de resíduos, almoxarifado, manutenção predial e de equipamentos, tecnologia da informação e apoio administrativo em regime ininterrupto;

V – **transporte sanitário**: remoção e transferência de usuários por ambulância de suporte básico própria de cada unidade, quando autorizada pelo Complexo Regulador Estadual, na forma do Manual de transporte sanitário do capítulo 11 da Proposta Técnica.

§ 1º A UPA Norte atende à demanda espontânea da região norte de Palmas e à demanda intermunicipal de Porto Nacional, especialmente da região de Luzimangues; a UPA Sul atende à região sul e aos municípios referenciados por regionalização, na forma da Resolução CIB/TO nº 001/2017 – entre eles Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia.

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 4 de 34

§ 2º Não integram o campo de atuação das unidades a internação hospitalar, os procedimentos cirúrgicos de médio e grande porte, o atendimento eletivo e ambulatorial programado, o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e as remoções que exijam suporte avançado de vida, que permanecem a cargo dos serviços da rede a que a UPA se articula na forma do Capítulo VI; o usuário que necessite desses cuidados é estabilizado e encaminhado pela regulação.

§ 3º A permanência do usuário em observação limita-se a 24 horas; decorrido esse prazo sem alta, o usuário é encaminhado à unidade hospitalar de referência por meio do Complexo Regulador Estadual, como determinam o item 5.2.2 do Termo de Referência e a Resolução CFM nº 2.079/2014.

Art. 6º A capacidade instalada de cada unidade – consultórios, salas de classificação, sala de estabilização, leitos de observação, isolamentos e poltronas de medicação – é a descrita no Anexo I do Termo de Referência e no capítulo 18 da Proposta Técnica desta proposta; qualquer alteração da estrutura física depende de ciência e aprovação prévias da Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 7º Os projetos de incremento do capítulo 13 da Proposta Técnica – entre eles a telecardiologia e a telemedicina de apoio – integram o campo de atuação das unidades depois de aprovados pela Secretaria Municipal da Saúde, na forma do capítulo 25 do Termo de Referência, e são incorporados a este Regimento por revisão.

CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 8º As UPAs Norte e Sul organizam-se em três níveis hierárquicos, representados no organograma do Anexo I e detalhados no capítulo 23 da Proposta Técnica:

I – **primeiro nível** – a Diretoria Geral das UPAs, órgão executivo de direção superior das duas unidades, exercida pelo Superintendente Administrativo e Financeiro do ISAC, designado pela Presidência e a ela subordinado, sem cargo no quadro de pessoal das unidades, assessorada em cada UPA pelo Encarregado de qualidade e segurança do paciente;

II – **segundo nível** – em cada UPA, a Diretoria Técnica, exercida pelo Diretor Técnico, que é o Responsável Técnico Médico da unidade; a Coordenação de Enfermagem, exercida pelo Coordenador de Enfermagem, que é o Responsável Técnico de Enfermagem e coordena também o apoio assistencial; e a Gerência da Unidade,

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 5 de 34

exercida pelo Gerente da Unidade, que é o responsável administrativo-financeiro da unidade;

III – **terceiro nível** – as coordenações e supervisões de área, assistenciais e de apoio, subordinadas ao titular da sua linha, relacionadas no Anexo I.

§ 1º A Diretoria Geral conta com o apoio das áreas corporativas da sede do ISAC – gestão financeira e contabilidade, compras e contratos, Gente e Gestão, Gerência de Qualidade, tecnologia da informação, jurídico, Controle Interno e equipe de prestação de contas –, que não são cargos da estrutura das unidades, não integram o seu quadro de pessoal e são apropriadas como custo indireto, na forma do capítulo 12 da Proposta Técnica; cada UPA mantém setor local de Gente e Gestão, na forma do capítulo 24 da Proposta Técnica.

§ 2º São próprios de cada unidade a Diretoria Técnica, a Coordenação de Enfermagem, a Gerência da Unidade, o colegiado de gestão da unidade, o Corpo Clínico e a sua Diretoria Clínica eleita, a Comissão de Ética Médica, a Comissão de Ética de Enfermagem e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio, as escalas e as equipes assistenciais, de apoio e administrativas; nenhum cargo é comum às duas unidades, e não há cobertura de pessoal de uma unidade pela outra.

§ 3º A denominação e as atribuições dos cargos são as do organograma do capítulo 23 da Proposta Técnica; as competências fixadas no Capítulo IV prevalecem sobre a denominação.

Art. 9º São órgãos colegiados e instâncias técnicas das unidades, constituídas e regidas na forma do capítulo 14 da Proposta Técnica:

I – vinculadas à Diretoria Geral: o Núcleo de Segurança do Paciente, o Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde (NEPES) e a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

II – vinculadas às Diretorias Técnicas: a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, a Comissão de Revisão de Óbitos, a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

III – em cada UPA, o colegiado de gestão da unidade, a reunião mensal de gestão e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, este mantido pela Referência técnica de vigilância em saúde, na Coordenação de Enfermagem;

IV – autônomas, constituídas em cada UPA: a Comissão de Ética Médica, vinculada ao CRM-TO; a Comissão de Ética de Enfermagem, vinculada ao Coren-TO; a Comissão

Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio, paritária; e a assembleia do Corpo Clínico, que elege a Diretoria Clínica;

V – o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, quando exigível pelo dimensionamento, e as comissões temporárias que a Diretoria Geral constituir, com prazo e finalidade definidos.

Parágrafo único. As unidades asseguram às instâncias autônomas local, tempo e apoio administrativo, sem ingerência nas suas deliberações.

Art. 10 Em cada UPA, a Ouvidoria, o serviço de atendimento ao usuário e o setor de Gente e Gestão integram a Gerência da Unidade, a Ouvidoria com acesso direto ao Diretor Geral e o setor de Gente e Gestão com vínculo técnico com a área de Gente e Gestão da sede; o Encarregado de qualidade e segurança do paciente assessora a Diretoria Geral, com o apoio técnico da Gerência de Qualidade do ISAC.

Art. 11 Em cada UPA funciona o colegiado de gestão, formado pelo Diretor Técnico, pelo Coordenador de Enfermagem e pelo Gerente da Unidade, que o coordena. O colegiado reúne-se semanalmente para acompanhar a ocupação, as esperas, as escalas, os indicadores e as pendências da semana, decide em conjunto as matérias que envolvem mais de uma área, recebe as visitas de fiscalização, prepara a reunião mensal de gestão e leva à Diretoria Geral o que não resolver.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS DOS ÓRGÃOS

Seção I – Da Diretoria Geral das UPAs

Art. 12 A Diretoria Geral é exercida pelo Superintendente Administrativo e Financeiro do ISAC, designado pela Presidência e comunicado previamente à Secretaria Municipal da Saúde, sem custo de pessoal para as unidades, e a ela compete:

I – dirigir as duas unidades e responder, perante a Secretaria Municipal da Saúde, o Gestor da Parceria e a Comissão de Monitoramento e Avaliação, pela execução do Termo de Colaboração e do Plano de Trabalho;

II – aprovar e acompanhar o plano anual de gestão, as metas e os indicadores de cada unidade, e presidir a reunião mensal de gestão;

III – coordenar os Diretores Técnicos, os Coordenadores de Enfermagem e os Gerentes das Unidades, decidir os conflitos de competência entre eles e o que os colegiados de gestão das unidades não resolverem;

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 7 de 34

IV – homologar as escalas de trabalho, as requisições de pessoal, os resultados dos processos seletivos e os desligamentos, na forma do capítulo 24 da Proposta Técnica, e aprovar o plano anual de gestão de pessoas;

V – aprovar os regimentos, os manuais, os protocolos e os procedimentos das unidades, nas alçadas da Norma de Gestão de Documentos, e submetê-los às instâncias superiores do ISAC quando exigido;

VI – assinar o relatório mensal de execução e monitoramento, os relatórios trimestrais e as prestações de contas, montados pela área financeira da sede e instruídos pelos Gerentes das Unidades, e responder às notificações e aos planos de providências;

VII – comunicar previamente à Secretaria Municipal da Saúde as propostas de alteração da direção geral, administrativa e técnica, as aquisições de bens móveis em até 30 dias e as demais comunicações obrigatórias do Capítulo VI;

VIII – constituir as comissões temporárias, designar os membros das comissões não eleitas e assegurar o funcionamento das instâncias autônomas;

IX – representar as unidades perante a Secretaria Municipal da Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, os órgãos de controle, a imprensa e a comunidade, e autorizar a divulgação de informações;

X – decidir sobre a suspensão parcial de atividades proposta pelo Diretor Técnico por falta de condições, comunicando-a imediatamente à Secretaria Municipal da Saúde;

XI – cumprir e fazer cumprir este Regimento e resolver os casos omissos na forma do Capítulo IX.

Seção II – Da Diretoria Técnica

Art. 13 A Diretoria Técnica de cada UPA é exercida pelo Diretor Técnico, médico com inscrição ativa no CRM-TO e experiência mínima de doze meses em urgência e emergência, registrado como Responsável Técnico Médico da unidade no CRM-TO na forma da Resolução CFM nº 2.147/2016, e a ela compete, além das atribuições do regimento do corpo clínico (capítulo 8 da Proposta Técnica):

I – responder pelas condições técnicas de funcionamento da unidade perante o CRM-TO, a vigilância sanitária e a Secretaria Municipal da Saúde;

II – dirigir a assistência médica, credenciar e avaliar o Corpo Clínico, elaborar e publicar a escala médica e garantir a cobertura mínima do Quadro 6 do Termo de Referência em todos os plantões;

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 8 de 34

III – coordenar, com a Coordenação de Enfermagem e as coordenações assistenciais, os protocolos assistenciais, os fluxos e o plano de contingência da unidade;

IV – presidir ou integrar as comissões a ela vinculadas e assegurar o funcionamento da Comissão de Ética Médica;

V – responder pela articulação clínica com o Complexo Regulador Estadual, a Central de Regulação das Urgências e os hospitais de referência;

VI – zelar pelo prontuário, pelos registros assistenciais e pelo sigilo, na forma do capítulo 23 do Termo de Referência;

VII – propor à Diretoria Geral a suspensão parcial de atividades quando faltarem as condições de funcionamento, na forma da Resolução CFM nº 2.056/2013;

VIII – apurar os indicadores assistenciais da unidade e apresentá-los na reunião mensal de gestão;

IX – supervisionar tecnicamente os laudos, a telecardiologia e a comunicação dos resultados críticos do apoio diagnóstico;

X – integrar o colegiado de gestão da unidade.

Seção III – Do apoio corporativo da sede

Art. 14 As áreas corporativas da sede do ISAC prestam às unidades, sob a coordenação da Diretoria Geral e sem integrar a sua estrutura:

I – gestão financeira e contabilidade: movimentar a conta específica da parceria e a do piso da enfermagem, programar os pagamentos, conciliar, escriturar por centro de custo de cada unidade, apurar os custos e montar, com a equipe de prestação de contas, os relatórios e as prestações de contas mensais, trimestrais, anuais e final, que passam pelo Controle Interno antes do protocolo e antes da publicação;

II – compras e contratos: conduzir as compras e as contratações com recursos públicos pelo regulamento próprio do ISAC, encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde em até 45 dias da assinatura do Termo de Colaboração, e gerir os contratos de serviços, exigindo a comprovação trabalhista das contratadas;

III – Gente e Gestão: conduzir a seleção, a folha, o departamento pessoal, o demonstrativo mensal do piso da enfermagem, a conferência mensal do CNES e a saúde e segurança do trabalho, e orientar os setores locais;

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 9 de 34

IV – Gerência de Qualidade, tecnologia da informação, jurídico e Controle Interno, na forma do capítulo 23 da Proposta Técnica.

Seção IV – Da Gerência da Unidade

Art. 15 A Gerência de cada UPA é exercida pelo Gerente da Unidade, responsável administrativo-financeiro da unidade, profissional de nível superior com experiência mínima de doze meses em gestão de unidade de saúde, designado pela Presidência do ISAC, subordinado à Diretoria Geral e com vínculo funcional com as áreas corporativas da sede, e a ela compete:

I – coordenar o funcionamento diário da unidade nas áreas administrativa, de apoio e hoteleira, e apoiar a Diretoria Técnica e a Coordenação de Enfermagem no funcionamento das áreas assistenciais;

II – dirigir a Coordenação Administrativa — farmácia, almoxarifado e patrimônio, hotelaria, manutenção, transporte e portaria —, a recepção, o arquivo e o faturamento, e o setor local de Gente e Gestão;

III – garantir o suprimento de materiais, medicamentos, insumos, gases medicinais e serviços de apoio, e a manutenção dos equipamentos e das instalações;

IV – acompanhar em tempo real a ocupação, as esperas e as intercorrências operacionais, e acionar as providências de sua competência no plano de contingência;

V – manter as licenças, os alvarás e o cadastro no CNES atualizados, e organizar a publicação mensal das escalas no mural;

VI – dar apoio administrativo à Ouvidoria e ao serviço de atendimento ao usuário da unidade, preservado o acesso direto do ouvidor ao Diretor Geral, e acompanhar a pesquisa de satisfação e as respostas às manifestações no prazo de quinze dias;

VII – organizar a reunião mensal de gestão da unidade, consolidar os indicadores das áreas e instruir o relatório mensal de execução da unidade;

VIII – receber as visitas de fiscalização e as diligências da Secretaria Municipal da Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e dos órgãos de controle, com o colegiado de gestão;

IX – exercer o sobreaviso administrativo da unidade na forma do Capítulo V;

X – executar o orçamento da unidade, apurar e analisar os custos, manter o inventário dos bens cedidos e adquiridos e a cobertura securitária, atestar o recebimento de bens e

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 10 de 34

serviços e instruir as despesas e o relatório mensal de execução da unidade, na forma do capítulo 12 da Proposta Técnica;

XI – coordenar o colegiado de gestão da unidade.

Seção V – Da Coordenação de Enfermagem

Art. 16 A Coordenação de Enfermagem de cada UPA é exercida pelo Coordenador de Enfermagem, Responsável Técnico de Enfermagem com Anotação de Responsabilidade Técnica concedida pelo Coren-TO, e a ela compete, na forma do regimento do serviço de enfermagem (capítulo 7 da Proposta Técnica), dirigir o Serviço de Enfermagem da unidade, dimensionar e escalar as equipes, designar os enfermeiros supervisores de plantão e de referência, supervisionar a assistência de enfermagem e a equipe de enfermagem do transporte sanitário, coordenar o apoio assistencial — Central de Material e Esterilização, laboratório, imagem e eletrocardiografia —, a vigilância em saúde e o serviço social, integrar o colegiado de gestão da unidade e apurar os indicadores de enfermagem e do apoio assistencial; a coordenação do laboratório e da imagem é operacional, a responsabilidade técnica desses serviços é dos responsáveis técnicos das empresas contratadas, os laudos e os resultados críticos seguem sob a supervisão técnica do Diretor Técnico, e os contratos são fiscalizados pelo Coordenador Administrativo.

Seção VI – Das coordenações, supervisões e serviços

Art. 17 As coordenações e supervisões do terceiro nível são exercidas por profissionais com a qualificação específica de cada área e registro no conselho profissional quando exigível, e a todas compete, no seu âmbito:

I – coordenar, supervisionar e avaliar as atividades do serviço, cumprindo e fazendo cumprir este Regimento, as normas, os protocolos e os procedimentos operacionais padrão;

II – elaborar as escalas do serviço, distribuir e remanejar o pessoal conforme a necessidade, e controlar a frequência e a disciplina;

III – zelar pelos materiais, equipamentos e bens sob sua responsabilidade e requisitar a reposição;

IV – apurar os indicadores do serviço e apresentá-los mensalmente ao superior imediato;

V – apurar as irregularidades da área e propor as medidas cabíveis;

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 11 de 34

VI – promover reuniões periódicas com a equipe e participar das capacitações e das comissões quando designado.

Art. 18 São serviços assistenciais e de apoio das unidades, com as competências específicas a seguir, sem prejuízo do detalhamento nos manuais e nos itens correspondentes desta proposta:

I – **apoio diagnóstico** (laboratório clínico, radiologia e ultrassonografia, eletrocardiografia): realizar os exames nas 24 horas com os tempos de resultado do capítulo 19 da Proposta Técnica, disponibilizar os laudos no prontuário eletrônico e comunicar os resultados críticos; a operação é coordenada pela Coordenação de Enfermagem, os laudos e os resultados críticos ficam sob a supervisão técnica do Diretor Técnico e os contratos, sob a fiscalização do Coordenador Administrativo;

II – **farmácia e assistência farmacêutica**: gerir a aquisição, o armazenamento, a dispensação, a rastreabilidade e a escrituração dos medicamentos, inclusive os sujeitos a controle especial, e os kits dos protocolos tempo-dependentes, na forma do capítulo 11 da Proposta Técnica e da Comissão de Farmácia e Terapêutica; integra a Coordenação Administrativa, sob a responsabilidade técnica do farmacêutico responsável técnico, que conserva a autonomia profissional;

III – **serviço social**: acolher usuários e famílias, conduzir a contrarreferência ativa e os encaminhamentos da rede socioassistencial, na forma do capítulo 21 da Proposta Técnica;

IV – **odontologia de urgência**, **nutrição** e demais serviços multiprofissionais: prestar o atendimento do seu campo nas 24 horas ou nos horários do Anexo II;

V – **recepção, arquivo e faturamento**: cadastrar os usuários com o sistema de senhas acessível, manter o prontuário eletrônico e os registros administrativos, na forma do capítulo 5 da Proposta Técnica, e gerar a produção ambulatorial nos sistemas oficiais;

VI – **hotelaria** (higienização, rouparia e lavanderia, nutrição e dietética): manter a higiene e o conforto dos ambientes, o fluxo unidirecional de roupas e as refeições dos usuários e dos profissionais em plantão, na forma dos capítulos 3 e 20 da Proposta Técnica;

VII – **Central de Material e Esterilização**: processar os artigos médico-hospitalares com fluxo unidirecional e rastreabilidade, na forma do capítulo 3 da Proposta Técnica;

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 12 de 34

VIII – **manutenção predial, engenharia clínica e tecnologia da informação**: manter as instalações, os equipamentos, os gases medicinais, a rede, os sistemas e a contingência, na forma dos capítulos 9 e 20 da Proposta Técnica, com atendimento nas 24 horas;

IX – **almoxarifado, patrimônio e transporte**: gerir os estoques, o inventário dos bens cedidos e adquiridos, a ambulância de suporte básico e o transporte interno, na forma do capítulo 11 da Proposta Técnica;

X – **segurança patrimonial e portaria**: controlar o acesso, a vigilância eletrônica com acesso da Secretaria Municipal da Saúde às imagens e a proteção de usuários e trabalhadores;

XI – **gerenciamento de resíduos**: executar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, na forma do capítulo 4 da Proposta Técnica;

XII – **vigilância em saúde**: manter o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, notificar os agravos e encaminhar os dados à Secretaria Municipal da Saúde;

XIII – **Gente e Gestão local**: acompanhar as escalas e a frequência, as admissões e os desligamentos, a integração, a saúde ocupacional e o apoio às coordenações, na forma do capítulo 24 da Proposta Técnica;

XIV – **qualidade e segurança do paciente**: conduzidas em cada UPA pelo Encarregado de qualidade e segurança do paciente, em assessoramento à Diretoria Geral, com o Núcleo de Segurança do Paciente e o apoio técnico da Gerência de Qualidade do ISAC: o Plano de Segurança do Paciente, as auditorias, a gestão de documentos e os indicadores;

XV – **Ouvidoria e atendimento ao usuário**: receber, registrar, analisar e responder às manifestações em até quinze dias, em articulação com a Ouvidoria do SUS Municipal, e conduzir a pesquisa de satisfação aprovada pela Secretaria Municipal da Saúde, na forma do capítulo 16 da Proposta Técnica.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Seção I – Do regime de funcionamento e dos horários

Art. 19 As UPAs Norte e Sul funcionam em regime ininterrupto, 24 horas por dia, todos os dias do ano, inclusive sábados, domingos e feriados, sem fechamento para almoço, passagem de plantão, limpeza ou qualquer outra rotina; os serviços assistenciais, de apoio diagnóstico, de

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 13 de 34

farmácia, de recepção, de higienização, de segurança, de manutenção e de apoio administrativo mantêm equipe presente ou acionável nas 24 horas, nos horários do Anexo II.

§ 1º Os plantões assistenciais são de doze horas, diurnos das 7h às 19h e noturnos das 19h às 7h; as funções de direção, gerência, coordenação e administração cumprem jornada diária, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo fixado pela Diretoria Geral, com sobreaviso nos demais horários na forma da Seção IV.

§ 2º Os horários dos serviços que não funcionam nas 24 horas – nutrição, rouparia, Central de Material e Esterilização, almoxarifado, manutenção presencial e funções administrativas diurnas – são os do Anexo II.

§ 3º Em situação de emergência em saúde pública, desastre ou evento com múltiplas vítimas, a Diretoria Geral aciona o plano de contingência do capítulo 2 da Proposta Técnica e pode ampliar horários, remanejar equipes e convocar plantões extras, comunicando a Secretaria Municipal da Saúde.

Seção II – Das escalas

Art. 20 As escalas de trabalho de todas as categorias observam as regras comuns deste artigo e as regras específicas do regimento do serviço de enfermagem (capítulo 7 da Proposta Técnica), do regimento do corpo clínico (capítulo 8 da Proposta Técnica) e das normas de gestão de pessoas (capítulo 24 da Proposta Técnica):

I – são elaboradas pela coordenação de cada área a partir do dimensionamento aprovado, conferidas pelo setor de Gente e Gestão e aprovadas pela diretoria ou gerência da linha, com a homologação da Diretoria Geral;

II – são fechadas até o dia 20 do mês anterior, publicadas no sistema de gestão de escalas e afixadas em mural de ampla visibilidade na recepção de cada unidade, com o nome, a categoria, a especialidade e o horário de entrada e de saída de cada profissional, na forma do item 10.1 do Termo de Referência, e republicadas a cada alteração;

III – identificam, em cada plantão, o coordenador médico do plantão e o enfermeiro supervisor do plantão, responsáveis pela continuidade do atendimento e pela cobertura das ausências;

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 14 de 34

IV – todos os que atuam nas unidades, qualquer que seja o vínculo, registram a entrada e a saída no ponto eletrônico, com registro identificado dos servidores públicos municipais disponibilizados para a comunicação à Secretaria Municipal da Saúde;

V – a escala efetivamente cumprida é conferida mensalmente com o ponto, a folha de pagamento, os contratos de prestação de serviços e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, na forma do item 10.2 do Termo de Referência.

Parágrafo único. Os servidores públicos municipais disponibilizados integram as escalas com a carga horária disponibilizada, observados os protocolos, os fluxos e as rotinas das unidades, na forma do capítulo 24 do Termo de Referência; as ocorrências funcionais são comunicadas pela Diretoria Geral à Secretaria Municipal da Saúde.

Seção III – Das substituições

Art. 21 Os dirigentes e responsáveis são substituídos, nas ausências e nos impedimentos, na forma do Anexo III:

I – o Diretor Geral, por outro superintendente designado pela Presidência do ISAC, com comunicação prévia à Secretaria Municipal da Saúde nos afastamentos superiores a trinta dias;

II – o Diretor Técnico de cada UPA, por médico designado pela Diretoria Geral e registrado como substituto no CRM-TO;

III – o Coordenador de Enfermagem (Responsável Técnico de Enfermagem) de cada UPA, por enfermeiro designado pela Diretoria Geral, com a comunicação ao Coren-TO exigida pela Resolução COFEN nº 782/2025;

IV – o Gerente da Unidade, responsável administrativo-financeiro, pelo Coordenador Administrativo da mesma UPA;

V – os coordenadores e supervisores, por profissional da mesma área designado pelo superior imediato.

§ 1º A substituição definitiva de qualquer integrante da direção geral, administrativa ou técnica depende de comunicação prévia à Secretaria Municipal da Saúde, como determina o item 10.2 do Termo de Referência, e, para o Responsável Técnico Médico, o Responsável Técnico de Enfermagem e o Gerente da Unidade, responsável administrativo-financeiro, de profissional de qualificação equivalente ou superior à indicada na Proposta Técnica.

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 15 de 34

§ 2º Nenhum posto de trabalho assistencial fica descoberto por ausência: a substituição nos plantões segue as sequências de cobertura dos capítulos 7, 8 e 24 da Proposta Técnica, e o profissional que encerra o turno não deixa o posto antes da chegada do substituto.

Seção IV – Do regime de sobreaviso

Art. 22 Fora do horário administrativo, as unidades contam com o seguinte regime de sobreaviso, com escala mensal publicada com a escala de trabalho e contato disponível ao coordenador médico e ao enfermeiro supervisor de cada plantão:

I – **sobreaviso técnico**: o Diretor Técnico de cada UPA, em escala compartilhada com o Diretor Clínico ou com médico designado, para as decisões que excedam a competência do coordenador médico do plantão, a cobertura de ausências não resolvida no plantão, a suspensão de atividades e as comunicações à regulação e à Secretaria Municipal da Saúde;

II – **sobreaviso de enfermagem**: o Coordenador de Enfermagem de cada UPA, em escala compartilhada com enfermeiro designado, para as decisões que excedam a competência do enfermeiro supervisor do plantão;

III – **sobreaviso administrativo**: o Gerente da Unidade, em escala compartilhada com o Coordenador Administrativo, para as ocorrências operacionais – falta de insumo, falha de sistema, segurança, imprensa, fornecedores, transporte –, com resposta por telefone em até trinta minutos e presencial em até duas horas quando necessário;

IV – **sobreaviso de manutenção, engenharia clínica e tecnologia da informação**: profissional próprio ou contratado, com atendimento remoto imediato e presencial em até duas horas para as falhas que comprometam a assistência (prazos do Quadro 20.3 do capítulo 20 da Proposta Técnica e, para a tecnologia da informação, do Quadro 9.4 do capítulo 9 da Proposta Técnica);

V – **sobreaviso da direção**: o Diretor Geral, para as decisões institucionais, as comunicações à Secretaria Municipal da Saúde e a autorização de despesas extraordinárias.

§ 1º O sobreaviso não substitui a presença exigida nos postos assistenciais pelos Quadros 6 e 7 do Termo de Referência, nem a presença do farmacêutico, da recepção, da higienização e da segurança nas 24 horas.

§ 2º O acionamento do sobreaviso e a resposta são registrados no livro eletrônico de ocorrências do plantão, com os horários.

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 16 de 34

Seção V – Do acesso, das visitas e dos acompanhantes

Art. 23 O acesso às unidades é livre ao usuário que busca atendimento, nas 24 horas, pela recepção, onde recebe senha do sistema acessível a pessoas com deficiência auditiva e visual, é classificado antes do cadastro e informado sobre a ordem de atendimento; o acesso às áreas assistenciais é restrito aos usuários em atendimento, aos seus acompanhantes e aos profissionais identificados.

§ 1º É assegurada a presença de acompanhante em tempo integral aos usuários em observação que sejam crianças, adolescentes, gestantes, pessoas com deficiência e pessoas idosas, na forma das Leis nº 8.069/1990, nº 10.741/2003 e nº 13.146/2015 e do item 5.2.4 do Termo de Referência, e, a critério do médico e do enfermeiro responsáveis, aos demais usuários em observação cuja condição o recomende.

§ 2º Os usuários em observação recebem visitas em dois períodos diários de uma hora, das 10h às 11h e das 16h às 17h, afixados na recepção, com um visitante por vez, observadas as precauções de isolamento e a organização da área; a Gerência pode autorizar visitas fora do horário em situações especiais.

§ 3º Acompanhantes e visitantes são identificados, orientados sobre as normas da área e as precauções, e recebem alimentação quando a permanência integral o exigir; a sala de estabilização admite acompanhante apenas nas situações definidas pelo médico.

§ 4º São proibidos nas unidades o porte de armas, salvo por agentes públicos em serviço e pelos vigilantes da empresa de segurança contratada, autorizada pela Polícia Federal, no exercício da função, o consumo de bebidas alcoólicas e o fumo, e a captação e a divulgação de imagens e sons de usuários e profissionais sem autorização.

Seção VI – Da identificação, da apresentação e da comunicação

Art. 24 Todos os que atuam nas unidades usam crachá de identificação com foto, nome, categoria e conselho profissional, e o uniforme ou vestimenta definidos para a área, observadas as normas de biossegurança; os profissionais apresentam-se ao usuário pelo nome e pela função.

Art. 25 A comunicação institucional das unidades observa a identidade visual do item 10.1 do Termo de Referência e as normas do ISAC; a divulgação de informações sobre fatos ocorridos nas unidades, a relação com a imprensa e a participação em eventos públicos dependem de

autorização do Diretor Geral, respeitado o sigilo dos usuários e a legislação de acesso à informação.

Art. 26 As unidades divulgam, na internet e em locais visíveis, as informações previstas no art. 11 da Lei Federal nº 13.019/2014, a escala mensal dos profissionais, os direitos dos usuários, os canais da Ouvidoria e da Ouvidoria do SUS Municipal e os resultados da pesquisa de satisfação.

Seção VII – Do prontuário, dos registros e dos dados pessoais

Art. 27 O prontuário eletrônico é o registro único da assistência prestada a cada usuário, mantido na forma do capítulo 5 da Proposta Técnica e das Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 1.821/2007; a sua titularidade e a dos demais registros assistenciais é do Município de Palmas, que figura como controlador dos dados pessoais, atuando o ISAC como operador, na forma da Lei nº 13.709/2018 e do capítulo 23 do Termo de Referência.

§ 1º O acesso ao prontuário é limitado aos profissionais envolvidos no cuidado, com senha individual e registro rastreável dos acessos; a retirada de prontuário, documento ou informação assistencial da unidade depende de autorização do Diretor Técnico, e o fornecimento de cópia ao usuário, à Secretaria Municipal da Saúde e aos órgãos de controle observa os prazos do capítulo 5 da Proposta Técnica.

§ 2º Todo profissional assina termo de confidencialidade; o encarregado pelo tratamento de dados pessoais, indicado no capítulo 9 da Proposta Técnica, recebe as comunicações de incidentes de segurança da informação, que são comunicados à Secretaria Municipal da Saúde em até 24 horas do conhecimento.

§ 3º A utilização de usuários ou de seus dados para pesquisa depende de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa e de consentimento expresso do usuário ou de seu representante legal, e é autorizada pela Diretoria Geral com parecer do Diretor Técnico.

CAPÍTULO VI – DO RELACIONAMENTO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, COM A REGULAÇÃO E COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I – Da Secretaria Municipal da Saúde e da governança da parceria

Art. 28 A Secretaria Municipal da Saúde de Palmas é a gestora do SUS municipal e a titular das unidades; a relação das UPAs com a Secretaria é conduzida pela Diretoria Geral e observa os agentes e os colegiados da governança da parceria fixados no capítulo 19 do Termo de Referência:

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 18 de 34

I – o **Gestor da Parceria**, que acompanha e fiscaliza a execução, aceita o relatório mensal, emite o relatório técnico de monitoramento e avaliação e notifica as irregularidades;

II – a **Comissão de Monitoramento e Avaliação**, que monitora e avalia a execução, realiza visitas técnicas, reúne-se mensalmente e consolida trimestralmente a apuração das metas e da parcela variável;

III – a **Superintendência de Atenção Especializada**, que recebe, protocoliza e confere os relatórios e as prestações de contas;

IV – o **Secretário Municipal da Saúde**, que homologa a apuração trimestral e decide os pedidos de reconsideração.

§ 1º A Diretoria Geral é a interlocutora institucional da parceria e responde pela execução financeira e pela prestação de contas; o Diretor Técnico de cada UPA, a interlocutora assistencial e da regulação; o Coordenador de Enfermagem, a do serviço de enfermagem; e o Gerente da Unidade, responsável administrativo-financeiro, a interlocutora da execução financeira da unidade e, com o colegiado de gestão, a operacional das visitas e diligências.

§ 2º As comissões da Secretaria Municipal da Saúde, o Controle Interno, a auditoria do SUS, o Conselho Municipal de Saúde e os órgãos de controle externo têm acesso livre, a qualquer tempo, aos atos e fatos da execução, às instalações, aos documentos e às imagens do sistema de vigilância eletrônica das unidades.

Art. 29 As unidades cumprem, perante a Secretaria Municipal da Saúde, os seguintes prazos e comunicações, relacionados no Anexo IV com os responsáveis:

I – relatório mensal de execução e monitoramento, por unidade, até o dia 20 do mês subsequente ao da competência, e relatório trimestral consolidado até o dia 20 do mês subsequente ao trimestre, na forma do Anexo VIII do Termo de Referência;

II – prestação de contas parcial em até 90 dias do encerramento de cada exercício e final em até 90 dias do término da vigência;

III – plano de providências em até 30 dias da notificação de irregularidade ou inexecução, e manifestação sobre a apuração trimestral da parcela variável em até 15 dias úteis, com pedido de reconsideração em 10 dias;

IV – demonstrativo analítico do piso salarial da enfermagem até o 5º dia útil de cada mês;

V – comunicação prévia de qualquer proposta de alteração da direção geral, administrativa e técnica, e de qualquer alteração da estrutura física;

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 19 de 34

VI – comunicação das aquisições de bens móveis com recursos da parceria em até 30 dias;

VII – comunicação imediata de incidente de segurança de dados (em até 24 horas), de superlotação ou indisponibilidade prolongada de serviço, de suspensão de atividades e de evento grave que repercuta na assistência;

VIII – encaminhamento do regulamento de compras e contratações e do manual de gestão de pessoas em até 45 dias da assinatura do Termo de Colaboração;

IX – disponibilização, em tempo real, dos dados das cinco classificações de risco com os horários da classificação e do primeiro atendimento médico, na forma do item 10.1 do Termo de Referência;

X – resposta às reclamações e aos pedidos de esclarecimento em até 15 dias corridos, e às demandas do Ministério Público, da Ouvidoria, dos órgãos de controle e do Conselho Municipal de Saúde no prazo que cada um fixar;

XI – relatórios gerenciais à Secretaria Municipal da Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde sempre que solicitados, e encaminhamento dos dados de vigilância epidemiológica.

Art. 30 As unidades relacionam-se ainda com a Ouvidoria do SUS Municipal, à qual a Ouvidoria de cada UPA se articula; com a Escola de Saúde Pública de Palmas, que regula as vagas de ensino em serviço e autoriza as instituições conveniadas; com a vigilância em saúde municipal, que recebe as notificações e os dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica; e com a vigilância sanitária, para as licenças e as inspeções.

Art. 31 A Diretoria Geral organiza o ciclo mensal de acompanhamento da parceria do Anexo V – reunião mensal de gestão de cada unidade, consolidação dos indicadores, relatório mensal, participação nas reuniões da Comissão de Monitoramento e Avaliação e tratamento das recomendações –, e submete à Secretaria Municipal da Saúde, com memória de cálculo, qualquer proposta de alteração do quadro de pessoal, das metas ou do Plano de Trabalho, na forma do item 9.8 do Termo de Referência.

Seção II – Da regulação

Art. 32 A transferência de usuários das UPAs para outros serviços é sempre regulada: o encaminhamento a leito hospitalar, a serviço especializado ou a exame externo é solicitado pelo médico plantonista ao **Complexo Regulador Estadual**, em até 60 minutos da decisão clínica — meta interna de 30 minutos —, com as informações completas do quadro, na forma

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 20 de 34

do art. 10 da Resolução CFM nº 2.079/2014 e do Anexo II do Termo de Referência; a solicitação, o horário e a resposta são registrados no prontuário e no painel de regulação da unidade.

§ 1º O encaminhamento em "vaga zero" é prerrogativa exclusiva do médico regulador; a UPA mantém o usuário assistido e estabilizado até a efetivação da transferência, reitera a solicitação a cada 30 minutos nos casos graves e escalona na forma do capítulo 2 da Proposta Técnica (coordenador médico do plantão com a regulação médica às 2 horas e comunicação à Secretaria às 6 horas), registrando o fato alheio à sua vontade na forma do item 8.3.7 do Termo de Referência.

§ 2º O atendimento pré-hospitalar móvel e as remoções que exijam suporte avançado de vida são solicitados à **Central de Regulação das Urgências (SAMU 192)**, a quem compete definir o meio de transporte adequado; a ambulância de suporte básico de cada unidade realiza as remoções autorizadas pelo Complexo Regulador Estadual, na forma do item 5.5.3 do Termo de Referência e do Manual de transporte sanitário do capítulo 11 da Proposta Técnica.

§ 3º O Diretor Técnico de cada UPA mantém reunião periódica com a regulação estadual e municipal para a pactuação dos fluxos por linha de cuidado – infarto, acidente vascular cerebral, sepse, trauma, pediatria, saúde mental e gestante – e para a análise dos tempos de resposta, com registro no relatório mensal.

Seção III – Da Rede de Atenção à Saúde

Art. 33 As UPAs integram a Rede de Atenção às Urgências e articulam-se com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde na forma do capítulo 21 da Proposta Técnica:

I – com a **Atenção Primária à Saúde** de Palmas, pela guia de contrarreferência entregue a todo usuário na alta, pela relação diária de atendimentos enviada a cada unidade de saúde em até 24 horas, pela contrarreferência ativa dos grupos prioritários, em até 24 horas, e dos usuários frequentes, pelo plano de cuidado compartilhado e pela reunião mensal com as coordenações da Atenção Primária;

II – com os **hospitais de referência** definidos pela Secretaria Municipal da Saúde e pela regulação – inclusive a maternidade e o hospital de referência em cardiologia, neurologia e trauma –, pelos fluxos pactuados por linha de cuidado;

III – com o **SAMU 192** e o Corpo de Bombeiros, na recepção dos usuários trazidos por essas equipes, com passagem de caso e prioridade de acesso à sala de estabilização;

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 21 de 34

IV – com a rede de **atenção psicossocial**, na forma da Lei nº 13.819/2019, com a rede socioassistencial, o Conselho Tutelar e as demais instâncias de proteção, nas situações de violência e vulnerabilidade;

V – com os **municípios referenciados** por regionalização e com Porto Nacional, pela contrarreferência à secretaria de origem em até 48 horas e pela pactuação dos fluxos de transporte de retorno;

VI – com as **instituições de ensino** conveniadas, por intermédio da Escola de Saúde Pública de Palmas, para as atividades de ensino em serviço.

Parágrafo único. Os pactos de fluxo com os demais pontos da rede são formalizados por escrito com a Secretaria Municipal da Saúde, publicados nas unidades e revisados anualmente ou quando a rede se alterar.

CAPÍTULO VII – DOS BENS, DO PATRIMÔNIO E DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 34 Os bens imóveis e móveis das unidades são cedidos ao ISAC por instrumento de permissão de uso, a título gratuito e vinculado à execução do objeto, precedido de inventário; as unidades os administram com zelo, mantêm o inventário atualizado com identificação, localização e número de patrimônio, a cobertura securitária, a manutenção e a reposição, e os devolvem nas condições em que recebidos, ressalvado o desgaste natural, na forma do capítulo 13 do Termo de Referência.

§ 1º Os bens permanentes adquiridos com recursos da parceria são comunicados à Secretaria Municipal da Saúde em até 30 dias e incorporados ao patrimônio do Município ao término da vigência; a alienação ou substituição de bem móvel cedido depende de autorização prévia da Secretaria.

§ 2º Os estoques de medicamentos, materiais e insumos são geridos com estoque mínimo compatível com a demanda e a sazonalidade, na forma do capítulo 11 da Proposta Técnica.

Art. 35 Os recursos da parceria são movimentados em conta bancária específica, aplicados enquanto não utilizados, pagos por transferência identificada e prestados contas na forma do capítulo 9 e do Anexo VIII do Termo de Referência; as compras e contratações observam o regulamento próprio do ISAC, os princípios da economicidade, da razoabilidade e da transparência, e é vedada a distribuição de lucros ou resultados.

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 22 de 34

CAPÍTULO VIII – DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS E DOS DEVERES GERAIS DOS TRABALHADORES

Art. 36 São assegurados aos usuários das UPAs Norte e Sul, além dos direitos previstos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e na legislação:

I – o atendimento universal, igualitário, humanizado e gratuito, ordenado pela classificação de risco e não pela ordem de chegada, com informação sobre a prioridade e o tempo estimado de espera;

II – a identificação dos profissionais que os atendem e o registro completo da assistência;

III – a informação clara sobre o seu estado, os procedimentos, os riscos e as alternativas, o consentimento e a recusa de tratamento, com registro;

IV – o acompanhante nas hipóteses do Capítulo V e a visita nos horários definidos;

V – o sigilo das suas informações e o acesso ao seu prontuário;

VI – a continuidade do cuidado na alta, com a guia de contrarreferência e as orientações, e na transferência, com a regulação e o transporte adequados;

VII – o acesso à Ouvidoria e ao serviço de atendimento ao usuário, com resposta em até 15 dias, e à Ouvidoria do SUS Municipal;

VIII – a acessibilidade, o respeito à sua condição, à sua crença e à sua orientação, e a não participação em pesquisa sem consentimento.

Art. 37 São deveres de todos os que atuam nas unidades, qualquer que seja o vínculo, além dos previstos nos regimentos específicos, nos códigos de ética profissionais e nas normas do ISAC:

I – cumprir a jornada, a escala e o horário, registrar o ponto e aguardar em serviço a chegada do substituto;

II – tratar com humanidade e respeito os usuários, os acompanhantes, os colegas e os superiores, sem qualquer forma de discriminação, assédio ou violência;

III – cumprir os protocolos, os fluxos, as normas de segurança do paciente, de biossegurança e de segurança do trabalho, e usar os equipamentos de proteção individual;

IV – registrar a assistência e as ocorrências na forma dos regimentos e manuais, e guardar o sigilo das informações;

V – zelar pelos bens, materiais e equipamentos e pelos recursos públicos da parceria;

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 23 de 34

VI – comunicar à chefia imediata as irregularidades de que tiver conhecimento e notificar os incidentes de segurança;

VII – participar das capacitações, das reuniões e das comissões quando designado;

VIII – usar o crachá e o uniforme, e não divulgar informações internas ou imagens sem autorização;

IX – não receber vantagem de qualquer espécie em razão da função e não fazer cobrança ao usuário;

X – observar a Política de Consequências, o Código de Ética e Conduta e o canal de denúncias do ISAC, com garantia de não retaliação.

Parágrafo único. As infrações são apuradas e sancionadas na forma da Política de Consequências do ISAC, da legislação trabalhista, dos contratos de prestação de serviços e, para os servidores públicos disponibilizados, do seu regime funcional, com comunicação à Secretaria Municipal da Saúde.

CAPÍTULO IX – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38 Este Regimento é elaborado pela Diretoria Geral das UPAs com as Diretorias Técnicas, as Coordenações de Enfermagem e as Gerências das Unidades, revisado pela Gerência de Qualidade do ISAC e aprovado na alçada prevista na Norma de Gestão de Documentos do ISAC para os regimentos internos das unidades geridas, antes do início da operação, e encaminhado ao Gestor da Parceria e à Comissão de Monitoramento e Avaliação em até 30 dias da sua aprovação, e ao Conselho Municipal de Saúde quando solicitado.

Art. 39 O Regimento é publicado na lista mestra de documentos, na intranet e no mural de cada unidade, e dele toma ciência formal, com registro, todo profissional na integração; a versão vigente fica disponível para consulta em cada posto de trabalho e para os usuários na recepção.

Art. 40 O Regimento é revisado a cada dois anos, ou antes, por iniciativa da Diretoria Geral, das Diretorias Técnicas, das Coordenações de Enfermagem, das Gerências das Unidades ou por recomendação da Comissão de Monitoramento e Avaliação, sempre que houver alteração do Termo de Colaboração, do Plano de Trabalho, da legislação, da estrutura organizacional ou física das unidades, do dimensionamento ou dos serviços ofertados; a revisão segue o fluxo de aprovação da Norma de Gestão de Documentos, é comunicada previamente à

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 24 de 34

Secretaria Municipal da Saúde quando alterar a direção geral, administrativa ou técnica, e entra em vigor com a publicação da nova versão, com capacitação prévia das equipes.

Art. 41 Os regimentos do serviço de enfermagem, do corpo clínico e das comissões e núcleos, os manuais e os protocolos regulam as matérias específicas e subordinam-se a este Regimento; no conflito, prevalece este Regimento, e a revisão de qualquer deles é compatibilizada com os demais.

Art. 42 Os casos omissos são resolvidos pelo Diretor Geral, ouvidos o Diretor Técnico ou o Coordenador de Enfermagem da unidade nas matérias assistenciais e o Gerente da Unidade nas matérias administrativas, respeitadas as competências das instâncias autônomas e dos conselhos profissionais; as questões que envolvam a execução do Termo de Colaboração são submetidas ao Gestor da Parceria, e as que excedam a alçada da Diretoria Geral, à Presidência do ISAC.

Art. 43 Este Regimento entra em vigor na data da assunção dos serviços pelo ISAC, aplica o modelo institucional de regimento interno do ISAC às UPAs Norte e Sul de Palmas e revoga as disposições internas em contrário.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir do modelo institucional de regimento interno do ISAC e do Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026	Diretoria Geral das UPAs

APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Diretoria Geral das UPAs, com as Diretorias Técnicas, as Coordenações de Enfermagem e as Gerências das Unidades	Superintendência Técnica do ISAC	Gerência de Qualidade do ISAC	Alçada da Norma de Gestão de Documentos para regimento interno de unidade gerida; encaminhamento ao Gestor da Parceria e à Comissão de Monitoramento e Avaliação

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 25 de 34

Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero; a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 26 de 34

Anexo I – Organograma das UPAs Norte e Sul até o terceiro nível

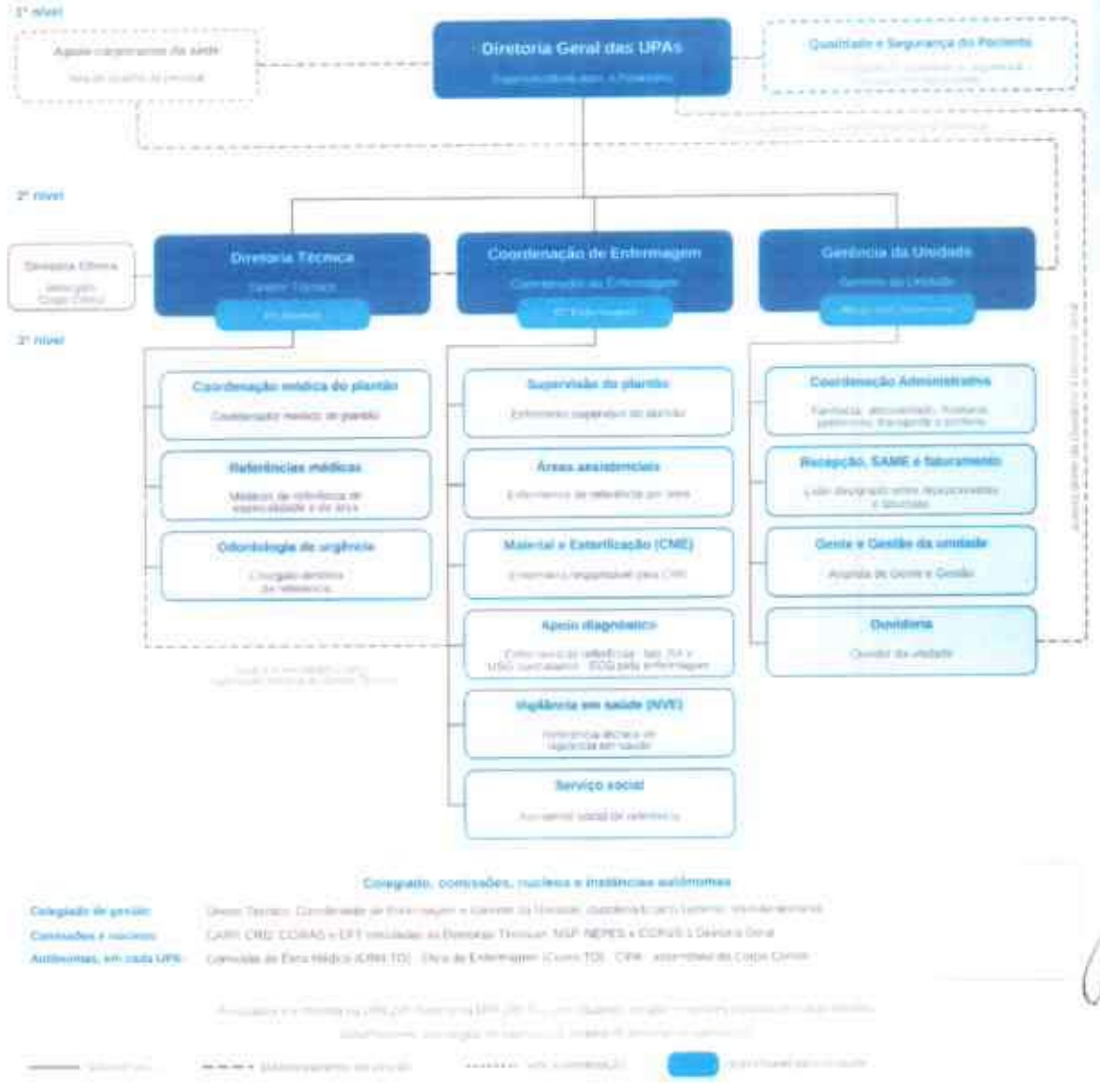

Figura 6.1 – Estrutura organizacional das UPAs

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 27 de 34

A Figura 6.1 reproduz a estrutura do capítulo 23 da Proposta Técnica até o terceiro nível. O organograma detalhado, com os cargos, as atribuições e as linhas de subordinação e de assessoramento, esta no capítulo 23 da Proposta Técnica; o quadro de pessoal, no capítulo 22 da Proposta Técnica.

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 28 de 34

Anexo II – Horários de funcionamento por serviço

Regime de referência de cada serviço nas duas UPAs.

Quadro 6.2 – Horários de funcionamento por serviço

Serviço	Regime	Horário	Observação
Acolhimento, classificação de risco e recepção	Presença contínua	24 h	Senha acessível; classificação antes do cadastro
Atendimento médico (clínica, pediatria, ortopedia), estabilização e observação	Presença contínua	24 h	Cobertura mínima do Quadro 6; plantões 7h–19h e 19h–7h
Ultrassonografia	Presencial, 7 dias	6 h diárias em cada unidade (7h–13h numa e 13h–19h na outra, invertidas a cada semana), cumpridas pelo mesmo profissional	Fora do turno: avaliação à beira do leito pelo médico da estabilização, a partir da sua habilitação no projeto do capítulo 13 da Proposta Técnica; até lá, e para o exame formal, turno seguinte ou hospital de referência (capítulo 19 da Proposta Técnica)
Enfermagem (todas as áreas)	Presença contínua	24 h	Escala 12x36; supervisor por plantão
Laboratório, radiologia e eletrocardiografia	Presença contínua	24 h	Tempos de resultado do capítulo 19 da Proposta Técnica
Farmácia	Presença contínua	24 h	Farmacêutico em todos os plantões (Quadro 7)
Odontologia de urgência	Presença contínua	24 h	Cirurgião-dentista e auxiliar em todos os plantões (Quadro 7)
Serviço social	Presença contínua	24 h	Quadro 7; responsável pela contrarreferência ativa
Transporte sanitário (ambulância Tipo B)	Presença contínua	24 h	Tripulação dedicada; acionamento pela regulação
Higienização e segurança patrimonial	Presença contínua	24 h	Vigilância eletrônica com acesso da SEMUS
Nutrição e dietética	Diurno com distribuição nas 24 h	6h às 20h; ceia e lanches por rotina	UPA Norte com cozinha de produção; UPA Sul com porcionamento e distribuição

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 29 de 34

Serviço	Regime	Horário	Observação
Rouparia e lavanderia	Diurno	7h às 19h	Estoque de enxoval para as 24 h; coleta interna da roupa suja pela higienização, inclusive às 23h (capítulo 3 da Proposta Técnica)
Central de Material e Esterilização	Diurno com retaguarda	7h às 19h; material processado disponível nas 24 h	Capítulo 3 da Proposta Técnica
Manutenção predial e engenharia clínica	Diurno com sobreaviso	8h às 18h em dias úteis; sobreaviso 24 h	Presença em até 2 h nas falhas que comprometam a assistência (capítulo 20 da Proposta Técnica)
Suporte de tecnologia da informação	Presencial e remoto	Técnico na unidade de segunda a sábado, das 7h às 19h; central remota e sobreaviso 24 h	Falha crítica: atendimento em 15 min e solução ou contorno em 2 h (capítulo 9 da Proposta Técnica)
Almoxarifado e patrimônio	Diurno	7h às 19h	Estoque de plantão acessível ao enfermeiro supervisor
Apoio administrativo de plantão	Presença contínua	24 h	TR 5.5: apoio administrativo em regime ininterrupto
Direção, gerências, coordenações, Gente e Gestão, faturamento, qualidade	Jornada diária	8h às 18h, segunda a sexta	Sobreaviso na forma do Capítulo V
Ouvidoria e atendimento ao usuário	Diurno com registro nas 24 h	8h às 18h; manifestações recebidas a qualquer hora pela recepção e pelo sistema	Resposta em até 15 dias
Visitas aos usuários em observação	Dois períodos diários	Das 10h às 11h e das 16h às 17h	Um visitante por vez; exceções autorizadas pela Gerência

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 30 de 34

Anexo III – Substituições e regime de sobreaviso

Quadro 6.3 – Substituições e sobreaviso por função

Função	Substituto nas ausências e impedimentos	Formalidade	Sobreaviso
Diretor Geral (Superintendente Administrativo e Financeiro)	Outro superintendente designado pela Presidência do ISAC	Comunicação prévia à SEMUS nos afastamentos > 30 dias; substituição definitiva comunicada previamente	Direção: decisões institucionais e comunicações à SEMUS
Diretor Técnico / RT médico (cada UPA)	Médico designado pela Diretoria Geral	Registro do substituto no CRM-TO; substituição definitiva por qualificação equivalente ou superior, comunicada à SEMUS	24 h, em escala compartilhada com o Diretor Clínico ou médico designado
Coordenador de Enfermagem / RT de Enfermagem (cada UPA)	Enfermeiro designado pela Diretoria Geral	Comunicação ao Coren-TO (Res. COFEN 782/2025); substituição definitiva comunicada à SEMUS	24 h, em escala compartilhada com enfermeiro designado
Gerente da Unidade / responsável administrativo-financeiro (cada UPA)	Coordenador Administrativo da mesma UPA	Designação da Diretoria Geral; substituição definitiva por qualificação equivalente ou superior, comunicada previamente à SEMUS	Administrativo: telefone em 30 min; presencial em 2 h
Coordenadores e supervisores	Profissional da mesma área designado pelo superior imediato	Registro na escala	Conforme a área (Anexo II)
Coordenador médico do plantão	Substituto imediato identificado na escala	Escala médica (capítulo 8 da Proposta Técnica)	—
Enfermeiro supervisor do plantão	Substituto imediato identificado na escala	Escala de enfermagem (capítulo 7 da Proposta Técnica)	—
Manutenção, engenharia clínica e TI	Profissional próprio ou contratado de sobreaviso	Contrato com tempo de resposta	24 h; remoto imediato, presencial em até 2 h

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 31 de 34

Anexo IV – Relações institucionais e comunicações obrigatórias

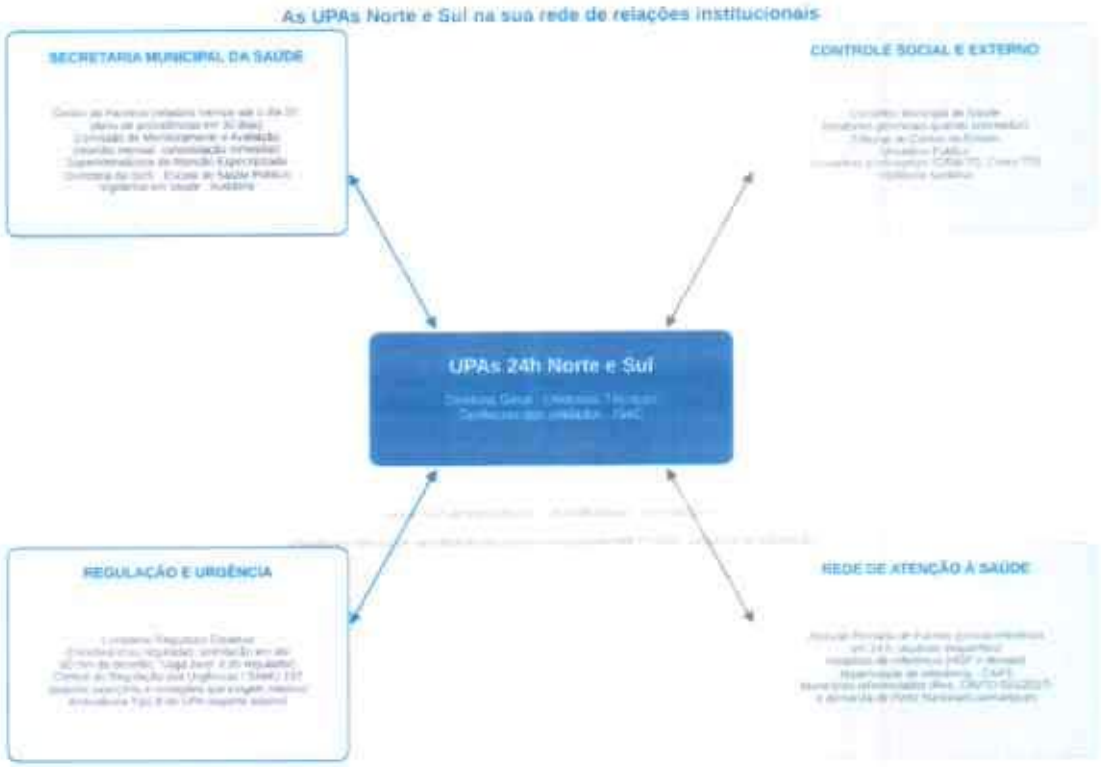

Figura 6.2 – Relações institucionais das UPAs

Quadro 6.4 – Comunicações obrigatórias à Secretaria Municipal da Saúde

Comunicação ou entrega	Prazo	Responsável	Destinatário	Base
Relatório mensal de execução e monitoramento (por unidade)	Até o dia 20 do mês subsequente	Gerência da Unidade (instrução) e Diretoria Geral (assinatura), com visto do Controle Interno da sede	Superintendência de Atenção Especializada → Gestor da Parceria	Anexo VIII, 3.2

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 32 de 34

Comunicação ou entrega	Prazo	Responsável	Destinatário	Base
Relatório trimestral consolidado	Até o dia 20 do mês subsequente ao trimestre	Diretoria Geral, com visto do Controle Interno da sede	Superintendência de Atenção Especializada	Anexo VIII, 3.2
Prestação de contas parcial e final	90 dias do exercício / do término	Diretoria Geral, com a Gestão Financeira e Contabilidade e o visto do Controle Interno da sede	Gestor da Parceria	Anexo VIII, 3.2; TR 20
Plano de providências	30 dias da notificação	Diretoria Geral	Gestor da Parceria	TR 19.6; Anexo VIII, 7.5
Manifestação sobre a apuração trimestral; reconsideração	15 dias úteis; 10 dias	Diretoria Geral	Gestor da Parceria; Secretário Municipal da Saúde	TR 8.3.6; Anexo VIII, 7.3–7.4
Demonstrativo do piso da enfermagem	Até o 5º dia útil	Gestão Financeira e Contabilidade e Gente e Gestão da sede	SEMUS	TR 9.9.7
Escala médica e multiprofissional em mural	Mensal, até o dia 20	Gerência da Unidade	Público	TR 10.1
Alteração da direção geral, administrativa ou técnica	Prévia	Diretoria Geral	SEMUS	TR 10.2
Aquisição de bens móveis	Até 30 dias	Diretoria Geral	SEMUS	TR 10.3
Alteração da estrutura física	Prévia (ciência e aprovação)	Diretoria Geral	SEMUS	TR 10.1
Incidente de segurança de dados	Até 24 h	Encarregado de dados e Diretoria Geral	SEMUS	TR 23.3
Superlotação, indisponibilidade de serviço, suspensão de atividades, evento grave	Imediata	Diretor Técnico e Diretoria Geral	SEMUS e regulação	TR 10.6; Res. CFM 2.079/2014
Regulamento de compras e manual de gestão de pessoas	45 dias da assinatura	Diretoria Geral	SEMUS	TR 10.4
Dados das classificações de risco em tempo real	Contínuo	Diretoria Técnica e TI	SEMUS	TR 10.1
Reclamações e esclarecimentos	15 dias corridos	Gerência da Unidade (Ouvidoria)	Usuário; Ouvidoria do SUS	TR 10.1
Notificações de agravos e dados de vigilância	Prazos da notificação compulsória	Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Vigilância em saúde municipal	TR 10.1
Ocorrências funcionais de servidores disponibilizados	Quando ocorrerem	Diretoria Geral	SEMUS	TR 24.3.2

REGIMENTO

REGIMENTO INTERNO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIREU.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 33 de 34

Anexo V – Ciclo de acompanhamento da parceria

Ciclo mensal e trimestral de acompanhamento da parceria (TR cap. 19 e Anexo VIII)



Figura 6.3 – Ciclo de acompanhamento da parceria

- **Reunião mensal de gestão de cada UPA** (Diretoria Geral, Diretor Técnico, Coordenador de Enfermagem, Gerente, Encarregado de qualidade e segurança do paciente e coordenações): indicadores por área, absenteísmo e cobertura das escalas, eventos e ações do mês, execução orçamentária, pendências com a SEMUS e a rede; ata com responsáveis e prazos.
- **Relatório mensal de execução e monitoramento**: instruído pela Gerência da Unidade com os indicadores do Anexo II do TR, a produção, as escalas cumpridas, o controle dos servidores disponibilizados, o demonstrativo do piso e a execução financeira; com o assessoramento da equipe de prestação de contas da sede, conferido pelo Controle Interno da sede, que emite o visto de liberação no dia 19, assinado pela Diretoria Geral e protocolizado até o dia 20.
- **Participação nas reuniões da Comissão de Monitoramento e Avaliação**: a Diretoria Geral comparece quando convocada, apresenta os esclarecimentos e recebe as

recomendações; as visitas técnicas da Comissão são recebidas pelo colegiado de gestão da unidade.

- **Tratamento das recomendações e notificações**: registro em plano de providências com diagnóstico da causa, ações, responsáveis e prazos, acompanhado na reunião mensal de gestão até a conclusão.
- **Consolidação trimestral**: conferência prévia da apuração das metas e da parcela variável pela Diretoria Geral, com a área financeira da sede e os Gerentes das Unidades, manifestação no prazo e, se for o caso, pedido de reconsideração.

ÁREA DE ATIVIDADE · INSTRUMENTOS DE GESTÃO

7 Proposta de regimento do serviço de enfermagem

A enfermagem é a maior equipe das UPAs Norte e Sul e a única presente em todos os pontos do percurso do usuário: é o enfermeiro que classifica o risco na chegada, o técnico que administra a medicação e observa a sala de espera, o enfermeiro que reavalia o leito de observação a cada quatro horas e o técnico que acompanha a transferência na ambulância. O Quadro 7 do Termo de Referência dimensiona, para as duas unidades, 82 enfermeiros e 162 técnicos de enfermagem na assistência interna, além dos técnicos do transporte sanitário. Uma equipe desse tamanho, trabalhando em plantões de doze horas nas 24 horas do dia, precisa de regras claras sobre quem responde pelo serviço, o que cada categoria pode e deve fazer, como as escalas são construídas, como o plantão passa de uma equipe para a outra e como o trabalho é supervisionado e aperfeiçoado. É disso que trata o regimento apresentado nesta parte.

7.1 Como o regimento está organizado

O regimento é um documento de 2º nível na hierarquia documental do ISAC – uma norma –, elaborado no modelo do Anexo VIII da Norma de Gestão de Documentos (Norma Zero, NOR.GQ.SED.001, versão 02), que determina a estrutura em capítulos, artigos, incisos e alíneas, o cabeçalho com código, versão, publicação e próxima revisão, o histórico de revisão e o bloco de aprovação. O código adotado é o REG.ENF.SED.001 (regimento, setor de enfermagem, documento da sede aplicável às unidades geridas), confirmado pela Gerência de Qualidade na lista mestra quando da publicação; as siglas das UPAs Norte e Sul são incluídas no siglário de unidades do Anexo IX da Norma Zero na implantação. O Quadro 7.1 resume o conteúdo de cada capítulo.

Quadro 7.1 – Estrutura do Regimento do Serviço de Enfermagem

Capítulo	Conteúdo
I – Natureza, finalidade e campo de aplicação	O que é o serviço de enfermagem das UPAs, a que se destina, a quem se aplica e como se relaciona com o regimento interno da unidade
II – Princípios e base normativa	Princípios do cuidado de enfermagem e a relação das leis, decretos e resoluções que o regimento observa
III – Estrutura do serviço e responsabilidade técnica	Organização em cada UPA (coordenação, supervisão de plantão, áreas assistenciais e transporte sanitário), vinculação hierárquica e técnica, e o Enfermeiro Responsável Técnico com a Anotação de Responsabilidade Técnica no Coren-TO
IV – Ingresso, permanência e habilitações	Requisitos por categoria e função, registro no conselho, capacitação obrigatória e habilitações específicas (classificação de risco, sala de estabilização, transporte sanitário)
V – Competências e atribuições por categoria	Atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico, do enfermeiro supervisor do plantão, do enfermeiro assistencial por área, do técnico de enfermagem por área e do técnico do transporte sanitário, com as atividades privativas e as vedações

Capítulo	Conteúdo
VI – Dimensionamento e escalas	Método e parâmetros de dimensionamento, sítios funcionais e postos por turno em cada UPA, regras de elaboração, publicação, troca e cobertura das escalas
VII – Passagem de plantão, registros e intercorrências	Rotina e roteiro da passagem de plantão, regras de registro em prontuário e nos demais documentos da enfermagem, e o fluxo de comunicação e escalonamento das intercorrências
VIII – Supervisão e educação permanente	Níveis e instrumentos de supervisão, auditoria dos registros, indicadores, e o programa de integração, capacitação e desenvolvimento da equipe
IX – Direitos e deveres	Direitos assegurados pelo ISAC e deveres dos profissionais de enfermagem, incluídos apresentação, conduta e sigilo
X – Ética e regime disciplinar	Comissão de Ética de Enfermagem, encaminhamento das questões éticas e aplicação da Política de Consequências do ISAC
XI – Indicadores do serviço	Indicadores que a Coordenação de Enfermagem apura e apresenta mensalmente, com metas
XII – Disposições finais	Aprovação, publicação, revisão, casos omissos e vigência
Anexos I a V	Organograma do serviço; sítios funcionais e postos por turno; rotina do plantão e roteiro de passagem; fluxo de intercorrências; ciclo de supervisão e matriz de capacitação da enfermagem

7.2 Decisões de organização que o regimento consolida

Algumas escolhas feitas nesta proposta atravessam o regimento e merecem ser explicadas antes do texto.

- **Um serviço de enfermagem em cada UPA.** Cada unidade funcionará como estabelecimento próprio, com CNPJ de filial, CNES e escalas independentes. Por isso cada UPA tem a sua Coordenação de Enfermagem, o seu Enfermeiro Responsável Técnico com Anotação de Responsabilidade Técnica própria no Coren-TO e as suas equipes, sem cobertura cruzada de pessoal. O regimento é único porque as regras são as mesmas; o que difere – salas de classificação, leitos, postos por turno – aparece nos quadros por unidade.
- **O Enfermeiro Responsável Técnico é o Coordenador de Enfermagem da unidade.** A função de responsabilidade técnica é exercida por profissional já computado no quadro, em jornada diária de 40 horas semanais que atende com folga ao mínimo da Resolução COFEN nº 782/2025. Fora do horário administrativo, o serviço é conduzido pelo enfermeiro supervisor de cada plantão, e a Coordenação permanece em sobreaviso. É assim que o organograma do capítulo 23 identifica o Responsável Técnico de Enfermagem de cada UPA.
- **Supervisão em três níveis.** O Enfermeiro Responsável Técnico responde pelo serviço; o enfermeiro supervisor do plantão responde pelo turno, com rondas a cada duas horas e a coordenação das intercorrências; e o enfermeiro de referência de cada área responde pela supervisão direta dos técnicos lotados nela, como exige o art. 15 da Lei nº 7.498/1986. Nenhum técnico trabalha sem um enfermeiro identificado como seu supervisor no plantão.

- **Habilitações específicas antes da escala.** A classificação de risco, a sala de estabilização e o transporte sanitário exigem capacitação concluída e registrada antes do primeiro plantão na função, além da integração comum a todos. O enfermeiro só é escalado na classificação depois das 16 horas de capacitação no protocolo adotado e de plantões supervisionados, como estabelecem os capítulos 10 e 24.
- **As regras de escala são as da proposta e da convenção coletiva.** A escala 12x36, os intervalos, as trocas de plantão e os limites de plantões extras seguem a Convenção Coletiva de Trabalho 2025/2027 firmada entre o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado do Tocantins e o Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Tocantins, e a sequência de cobertura de ausências é a do capítulo 24. O piso salarial nacional da enfermagem, na forma da Lei nº 14.434/2022 e do item 9.9 do Termo de Referência, é observado para todos os profissionais de enfermagem.
- **Um regimento vivo.** O texto é apresentado como minuta, na forma do item 1.8 do Anexo V, e será aprovado nas alçadas da Norma Zero antes do início da operação. A partir daí, a Coordenação de Enfermagem e a Comissão de Ética de Enfermagem de cada UPA revisam o regimento a cada dois anos, ou antes, sempre que uma norma do sistema COFEN/Coren, uma pactuação com a Secretaria Municipal da Saúde ou a análise de um evento indicar a necessidade.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 1 de 44

7.3 Regimento do Serviço de Enfermagem das UPAs 24h Norte e Sul de Palmas

Código REG.ENF.SED.001 · versão 00 (minuta) · documento de 2º nível (norma) na hierarquia da Norma Zero, estruturado no modelo de regimento do Anexo VIII (capítulos, artigos, incisos e alíneas).

CAPÍTULO I – DA NATUREZA, DA FINALIDADE E DO CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 1º Este Regimento disciplina a organização, o funcionamento, as competências e as responsabilidades do Serviço de Enfermagem das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte – José de Souza Dourado (CNES 2755289) e Sul – Gerson Pires de Aguiar (CNES 2492555), do Município de Palmas, Tocantins, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração celebrado com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

Parágrafo único. O Serviço de Enfermagem de cada UPA é o órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da unidade, na forma do art. 11, inciso I, alínea "a", da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e compreende todos os profissionais de enfermagem que nela atuam, qualquer que seja a área de lotação ou o turno.

Art. 2º O Serviço de Enfermagem tem por finalidade prestar assistência de enfermagem segura, resolutiva, humanizada e contínua a todos os usuários das UPAs Norte e Sul, nas 24 horas do dia, em todos os dias do ano, e, para isso:

I – garantir o acolhimento com classificação de risco de toda a demanda espontânea e referenciada, na forma do protocolo do capítulo 10 da Proposta Técnica e da Resolução COFEN nº 661/2021;

II – prestar os cuidados de enfermagem nas áreas de estabilização, observação adulta e pediátrica, medicação, procedimentos e apoio ao diagnóstico, e no transporte sanitário de suporte básico;

III – aplicar o Processo de Enfermagem em todos os ambientes em que ocorre o cuidado, na forma da Resolução COFEN nº 736/2024;

IV – zelar pela segurança do usuário, pela prevenção das infecções relacionadas à assistência e pela correta identificação, comunicação e registro dos cuidados;

V – assegurar a continuidade da assistência entre os turnos, entre as áreas da unidade e entre a unidade e os demais pontos da Rede de Atenção às Urgências;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 2 de 44

VI – organizar as equipes, as escalas e a supervisão de modo a cumprir os tempos-alvo e as metas do Anexo II do Termo de Referência;

VII – promover o desenvolvimento profissional contínuo da equipe, em articulação com o Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde (NEPES);

VIII – cumprir e fazer cumprir a legislação do exercício profissional, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as normas institucionais do ISAC.

Art. 3º Este Regimento aplica-se a todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuem nas UPAs Norte e Sul, sejam empregados do ISAC, servidores públicos municipais disponibilizados na forma do capítulo 24 do Termo de Referência, estudantes em estágio ou profissionais de outras instituições em atividade autorizada na unidade.

§ 1º O servidor público municipal disponibilizado integra a escala, a supervisão e a educação permanente do Serviço de Enfermagem nas mesmas condições dos demais profissionais, preservado o seu regime funcional para fins disciplinares e de avaliação, na forma do capítulo 24 da Proposta Técnica.

§ 2º O estudante em estágio observa este Regimento e atua exclusivamente sob supervisão de docente ou preceptor enfermeiro, na forma da Resolução COFEN nº 441/2013, não substituindo profissional da escala.

Art. 4º Este Regimento subordina-se ao Regimento Interno da unidade (capítulo 6 da Proposta Técnica), às políticas e normas do ISAC e ao Termo de Colaboração, e é complementado pelos protocolos, procedimentos operacionais padrão, manuais e fluxogramas aprovados na forma da Norma de Gestão de Documentos do ISAC.

CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DA BASE NORMATIVA

Art. 5º O Serviço de Enfermagem orienta-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde – universalidade, integralidade e equidade –, pela Política Nacional de Humanização e pelos princípios institucionais do ISAC, e adota como diretrizes do cuidado:

I – a prioridade clínica, e não a ordem de chegada, como critério de atendimento;

II – o cuidado centrado no usuário e na família, com escuta qualificada, informação e respeito à autonomia;

III – a segurança do paciente como condição do cuidado, com adesão às metas internacionais de segurança e à cultura de notificação sem punição;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 3 de 44

IV – a decisão baseada em protocolos e nas melhores evidências disponíveis;

V – o trabalho em equipe interprofissional, com responsabilidades definidas e comunicação estruturada;

VI – o registro fiel, completo e contemporâneo de toda a assistência prestada;

VII – a valorização, a proteção e o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem.

Art. 6º O Serviço de Enfermagem observa, além das normas indicadas nos demais capítulos, as seguintes:

I – Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 – exercício profissional da enfermagem;

II – Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973 – Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem;

III – Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022 – piso salarial nacional da enfermagem;

IV – Resolução COFEN nº 564/2017 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

V – Resolução COFEN nº 782/2025 – Anotação de Responsabilidade Técnica e atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico;

VI – Resolução COFEN nº 736/2024 – Processo de Enfermagem;

VII – Resolução COFEN nº 661/2021 – atuação da equipe de enfermagem no acolhimento com classificação de risco;

VIII – Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN – dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem;

IX – Resolução COFEN nº 792/2025 – Comissões de Ética de Enfermagem;

X – Resolução COFEN nº 429/2012 e Guia de Recomendações para os Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente – registro das ações de enfermagem;

XI – Resolução COFEN nº 376/2011 – participação da equipe de enfermagem no transporte de pacientes;

XII – Resolução COFEN nº 441/2013 – supervisão de estágio;

XIII – Resolução CFM nº 2.079/2014 e Portaria GM/MS nº 10/2017 – funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento 24h;

XIV – Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 (Portaria GM/MS nº 2.048/2002) – tripulação e equipamentos da ambulância de suporte básico;

XV – RDC Anvisa nº 36/2013 – segurança do paciente e notificação de eventos adversos;

XVI – Norma Regulamentadora nº 32 – segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

XVII – Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – proteção de dados pessoais;

XVIII – Convenção Coletiva de Trabalho 2025/2027 dos trabalhadores em saúde do Estado do Tocantins e demais instrumentos coletivos aplicáveis;

XIX – Política de Gestão de Pessoas, Regulamento de Contratação de Pessoal, Política de Consequências e Norma de Gestão de Documentos do ISAC.

Parágrafo único. As normas citadas aplicam-se na redação vigente; a atualização de qualquer delas é incorporada ao Serviço pela Coordenação de Enfermagem, com comunicação à equipe, independentemente da revisão deste Regimento.

CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA DO SERVIÇO E DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Seção I – Da organização em cada unidade

Art. 7º O Serviço de Enfermagem de cada UPA organiza-se nos seguintes níveis, representados no organograma do Anexo I:

I – **Coordenação de Enfermagem**, exercida pelo Coordenador de Enfermagem, que é o Enfermeiro Responsável Técnico da unidade, em jornada diária de segunda a sexta-feira, com sobreaviso nos demais horários;

II – **Supervisão de plantão**, exercida por um enfermeiro supervisor em cada plantão diurno e noturno, responsável pela condução do Serviço no turno;

III – **Áreas assistenciais**, cada uma com um enfermeiro de referência por plantão e os técnicos de enfermagem nela lotados: acolhimento e classificação de risco; sala de estabilização; observação adulta; observação pediátrica; e medicação, procedimentos e apoio ao diagnóstico, que reúne as salas de medicação, de curativos e suturas, de imobilização, de eletrocardiografia e de coleta;

IV – **Equipe de enfermagem do transporte sanitário**, composta pelos técnicos de enfermagem da ambulância de suporte básico da unidade, com dedicação exclusiva a essa atividade;

V – **Apoio assistencial**, coordenado pela Coordenação de Enfermagem: a Central de Material e Esterilização, sob o enfermeiro responsável pela CME; o laboratório, a imagem e a eletrocardiografia, acompanhados no dia a dia pelo enfermeiro de

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 5 de 44

referência do apoio diagnóstico, com coordenação operacional da enfermagem e responsabilidade técnica dos responsáveis técnicos das empresas contratadas; a vigilância em saúde, pela Referência técnica de vigilância em saúde; e o serviço social, pelo assistente social de referência, preservada a autonomia técnica da profissão.

§ 1º A UPA Norte e a UPA Sul têm Coordenação, Enfermeiro Responsável Técnico, equipes e escalas próprias. Não há deslocamento de profissionais de enfermagem entre as unidades para cobertura de escala, o que preserva a correspondência entre o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o registro de frequência e a folha de pagamento de cada unidade.

§ 2º As áreas assistenciais correspondem aos sítios funcionais de cada unidade, descritos no Anexo II: na UPA Norte, 3 salas de classificação de risco, sala vermelha com 6 leitos, 9 leitos de observação masculina, 9 de observação feminina e 9 de observação pediátrica, 2 leitos de isolamento e 27 poltronas de medicação; na UPA Sul, 4 salas de classificação de risco, sala vermelha com 4 leitos, 12 leitos de observação masculina, 12 de observação feminina e 8 de observação pediátrica, 2 leitos de isolamento e 30 poltronas de medicação.

§ 3º A Coordenação de Enfermagem pode designar enfermeiros de referência temáticos, sem prejuízo das funções assistenciais, para a classificação de risco, o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, a segurança do paciente e o controle de infecção, com atribuições definidas em procedimento operacional padrão.

Art. 8º A Coordenação de Enfermagem subordina-se hierarquicamente à Diretoria Geral das UPAs e, no que se refere às diretrizes assistenciais, à Diretoria Técnica, exercida pelo Responsável Técnico Médico, e articula-se tecnicamente com:

I – o Núcleo de Segurança do Paciente, a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, a Comissão de Farmácia e Terapêutica e as demais instâncias do capítulo 14 da Proposta Técnica;

II – o Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde, para a integração, a capacitação e a supervisão de estágios;

III – o setor de Gente e Gestão da unidade, para escalas, frequência, admissões, desligamentos e saúde ocupacional;

IV – o Encarregado de qualidade e segurança do paciente da unidade e a Gerência de Qualidade do ISAC, para a gestão de documentos, a auditoria e os indicadores;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 6 de 44

V – a Comissão de Ética de Enfermagem da unidade, vinculada ao Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins.

Parágrafo único. As decisões técnicas privativas da enfermagem, na forma do art. 11 da Lei nº 7.498/1986, são tomadas pelo Enfermeiro Responsável Técnico e pelos enfermeiros no âmbito de suas competências, e não se sujeitam a determinação de profissional de outra categoria.

Seção II – Do Enfermeiro Responsável Técnico

Art. 9º Cada UPA tem um Enfermeiro Responsável Técnico, designado pela Presidência do ISAC por indicação da Diretoria Geral das UPAs, que responde pelo Serviço de Enfermagem perante o Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins (Coren-TO), a Secretaria Municipal da Saúde e as demais autoridades, na forma da Resolução COFEN nº 782/2025.

§ 1º A designação é comunicada previamente à Secretaria Municipal da Saúde, como determina o Termo de Colaboração, e a substituição do Enfermeiro Responsável Técnico só se dá por profissional de qualificação equivalente ou superior, com a mesma comunicação.

§ 2º O Enfermeiro Responsável Técnico requer ao Coren-TO a Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) do Serviço de Enfermagem da unidade antes do início da operação, renova-a nos prazos da resolução e mantém a Certidão de Responsabilidade Técnica afixada em local visível ao público, dentro do prazo de validade.

§ 3º O Enfermeiro Responsável Técnico cumpre jornada de 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo, superior ao mínimo de 20 horas semanais e 4 horas diárias fixado pela Resolução COFEN nº 782/2025, e permanece em sobreaviso nos demais horários, com escala de sobreaviso compartilhada com enfermeiro por ele designado.

§ 4º Nas ausências e impedimentos, o Enfermeiro Responsável Técnico é substituído por enfermeiro designado pela Diretoria Geral das UPAs, com a comunicação ao Coren-TO exigida pela resolução quando o afastamento ultrapassar o prazo nela previsto.

§ 5º O Enfermeiro Responsável Técnico de cada UPA, que é o Coordenador de Enfermagem da unidade, tem inscrição ativa no Coren-TO; o número de inscrição consta do ato de designação apresentado no Plano de Trabalho e da Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo Coren-TO, afixada na unidade.

Art. 10 São requisitos para a função de Enfermeiro Responsável Técnico:

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 7 de 44

I – graduação em Enfermagem e registro ativo no Coren-TO na categoria de enfermeiro, sem penalidade ética que impeça a concessão da ART;

II – experiência mínima de dois anos em serviço de urgência e emergência, dos quais pelo menos um em função de coordenação ou supervisão de enfermagem;

III – pós-graduação em urgência e emergência, em gestão em saúde ou em área correlata, ou compromisso de concluí-la em até 24 meses;

IV – capacitação em classificação de risco no protocolo adotado pelas unidades e em suporte avançado de vida;

V – disponibilidade para a jornada e o sobreaviso do artigo anterior.

Art. 11 O Enfermeiro Responsável Técnico não acumula a responsabilidade técnica de outra unidade que comprometa a carga horária mínima da resolução, nem funções incompatíveis entre si, na forma do item 7.3 do Termo de Referência.

Seção III – Dos demais níveis do serviço

Art. 12 O enfermeiro supervisor do plantão é o enfermeiro designado, na escala mensal, para conduzir o Serviço de Enfermagem em cada plantão diurno e noturno, respondendo pela cobertura dos postos, pela distribuição da equipe, pela continuidade do atendimento e pela comunicação das intercorrências, como delegado do Enfermeiro Responsável Técnico.

Parágrafo único. A escala de cada plantão identifica nominalmente o enfermeiro supervisor e o seu substituto imediato, e o posto de supervisão não é acumulado com a classificação de risco nem com a sala de estabilização.

Art. 13 O enfermeiro de referência de área é o enfermeiro escalado em cada plantão para uma das áreas assistenciais do art. 7º, responsável pelo Processo de Enfermagem dos usuários ali atendidos e pela supervisão direta dos técnicos de enfermagem nela lotados.

Art. 14 Os técnicos de enfermagem são lotados por área em cada plantão, conforme os postos do Anexo II, e exercem suas atividades sob orientação e supervisão do enfermeiro de referência da área e do enfermeiro supervisor do plantão, na forma do art. 15 da Lei nº 7.498/1986 e do art. 13 do Decreto nº 94.406/1987.

Art. 15 A equipe de enfermagem do transporte sanitário integra o Serviço de Enfermagem da unidade, subordina-se tecnicamente ao enfermeiro supervisor do plantão durante as remoções e observa o Manual de transporte sanitário do capítulo 11 da Proposta Técnica,

vedado o seu cômputo na cobertura assistencial interna, como determina o item 5.5.3.2 do Termo de Referência.

CAPÍTULO IV – DO INGRESSO, DA PERMANÊNCIA E DAS HABILITAÇÕES

Art. 16 O ingresso no Serviço de Enfermagem dá-se por processo seletivo público, com critérios objetivos divulgados em edital no Portal de Vagas do ISAC, na forma das normas de seleção, contratação e avaliação do capítulo 24 da Proposta Técnica, ou por disponibilização de servidor público municipal na forma do Termo de Colaboração.

Art. 17 São requisitos para o exercício no Serviço de Enfermagem, em qualquer função:

I – registro ativo no Coren-TO na categoria correspondente – enfermeiro ou técnico de enfermagem – e regularidade das obrigações perante o conselho, comprovadas na admissão e conferidas anualmente;

II – conclusão da integração institucional e da integração à área de lotação, com registro pelo NEPES, antes do primeiro plantão, na forma do capítulo 24 da Proposta Técnica;

III – aptidão no exame médico admissional e situação vacinal atualizada, na forma da NR-32 e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;

IV – ciência formal deste Regimento, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da Política de Consequências e do canal de denúncias do ISAC.

Art. 18 São requisitos específicos do enfermeiro assistencial: graduação em Enfermagem; experiência mínima de seis meses em serviço de urgência e emergência ou em unidade de internação de adultos ou crianças, dispensada para o cadastro reserva mediante programa de integração ampliado; e certificado de suporte básico de vida, exigido o suporte avançado para o enfermeiro de referência da sala de estabilização em até doze meses.

Art. 19 São requisitos específicos do técnico de enfermagem: conclusão do ensino médio e do curso técnico em enfermagem; experiência mínima de seis meses em serviço de saúde, dispensada nas mesmas condições do artigo anterior; e certificado de suporte básico de vida em até seis meses da admissão.

Art. 20 Constituem habilitações específicas, que dependem de capacitação concluída e registrada pelo NEPES antes da escalação na função, sem prejuízo dos requisitos gerais:

I – **classificação de risco**: enfermeiro com capacitação de 16 horas no protocolo de acolhimento com classificação de risco adotado pelas unidades, plantões

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 9 de 44

supervisionados por classificador experiente e liberação pela Coordenação de Enfermagem, na forma dos capítulos 10 e 24 da Proposta Técnica, com recertificação anual;

II – **sala de estabilização**: enfermeiro e técnico com capacitação nos protocolos tempo-dependentes do capítulo 10 da Proposta Técnica, em ventilação mecânica, em drogas vasoativas e no carro de emergência, com simulação realística;

III – **observação pediátrica**: enfermeiro e técnico com capacitação em escore pediátrico de alerta precoce, cálculo de doses pediátricas e manejo da criança grave;

IV – **transporte sanitário**: técnico de enfermagem com capacitação em atendimento pré-hospitalar de suporte básico, imobilização, oxigenoterapia e uso dos equipamentos da ambulância Tipo B, na forma da Portaria GM/MS nº 2.048/2002;

V – **supervisão de plantão**: enfermeiro com no mínimo doze meses no Serviço, ou seis meses com experiência anterior em supervisão, e participação no Programa de Desenvolvimento de Líderes do ISAC.

Parágrafo único. O NEPES mantém o registro das habilitações de cada profissional, que o sistema de escalas consulta: o profissional sem a habilitação registrada não é escalado no posto correspondente.

Art. 21 A permanência no Serviço de Enfermagem depende da manutenção dos requisitos de ingresso, do cumprimento das capacitações obrigatórias do Capítulo VIII e do resultado da avaliação de desempenho anual do capítulo 24 da Proposta Técnica, observadas a legislação trabalhista e a Política de Consequências do ISAC.

CAPÍTULO V – DAS COMPETÊNCIAS E DAS ATRIBUIÇÕES POR CATEGORIA

Seção I – Das atividades privativas e das vedações

Art. 22 São privativas do enfermeiro, na forma do art. 11 da Lei nº 7.498/1986 e da Resolução COFEN nº 736/2024, e não podem ser delegadas ao técnico de enfermagem:

I – a direção, a organização, o planejamento, a coordenação, a supervisão e a avaliação do Serviço e da assistência de enfermagem;

II – a consulta de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem;

III – a classificação de risco e a definição da prioridade de atendimento, na forma da Resolução COFEN nº 661/2021;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 10 de 44

IV – os cuidados diretos de enfermagem a usuários graves com risco de vida, em especial na sala de estabilização e nos usuários classificados como vermelhos e laranjas;

V – os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimento científico e capacidade de decisão imediata, entre eles a administração de medicamentos por via endovenosa em usuários instáveis, o manejo de drogas vasoativas, a passagem de sondas em situações de risco, a assistência à ventilação mecânica e a punção de acesso venoso de difícil obtenção;

VI – a supervisão da equipe de enfermagem, a elaboração das escalas e o dimensionamento;

VII – a emissão de parecer sobre matéria de enfermagem e a participação nas comissões e nos núcleos na condição de representante da enfermagem.

Art. 23 É vedado ao técnico de enfermagem:

I – realizar classificação de risco ou definir a ordem de atendimento, ainda que afira sinais vitais e acolha o usuário na sala de espera;

II – prescrever cuidados de enfermagem ou alterar prescrição médica ou de enfermagem;

III – executar cuidado direto a usuário grave com risco de vida sem a presença e a supervisão do enfermeiro, ressalvadas as medidas imediatas de suporte básico de vida até a chegada do enfermeiro ou do médico;

IV – realizar procedimento para o qual não tenha capacitação registrada;

V – assumir posto de trabalho sem enfermeiro supervisor identificado no plantão.

Art. 24 É vedado a todo profissional de enfermagem executar prescrição médica ou de enfermagem que julgue inadequada ou ilegível sem antes esclarecê-la com o prescritor, e executar atividade que não seja de enfermagem ou que a legislação atribua privativamente a outra profissão, ressalvadas as situações de urgência em que a omissão implique risco de vida.

Seção II – Do Enfermeiro Responsável Técnico

Art. 25 Compete ao Enfermeiro Responsável Técnico, além das atribuições fixadas na Resolução COFEN nº 782/2025:

I – planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar o Serviço de Enfermagem da unidade e a assistência de enfermagem prestada em todas as áreas e turnos;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 11 de 44

II – realizar o dimensionamento do quadro de enfermagem, na forma do Capítulo VI, e propor à Diretoria Geral das UPAs os ajustes necessários, com memória de cálculo;

III – elaborar, com o setor de Gente e Gestão, a escala mensal de enfermagem, aprová-la em primeira instância e publicá-la nos prazos deste Regimento;

IV – designar os enfermeiros supervisores de plantão e os enfermeiros de referência de área, e distribuir os técnicos de enfermagem pelos postos;

V – manter atualizado, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e no Coren-TO, o registro dos profissionais de enfermagem da unidade, com carga horária e vínculo compatíveis com a situação real, como exige o item 9.9.7 do Termo de Referência;

VI – elaborar, revisar e fazer cumprir os procedimentos operacionais padrão, os protocolos de enfermagem e este Regimento, e participar da elaboração dos protocolos assistenciais do capítulo 10 da Proposta Técnica;

VII – garantir a implementação do Processo de Enfermagem e a qualidade dos registros, auditando-os na forma do Capítulo VIII;

VIII – monitorar o absenteísmo, a rotatividade, as horas extras e a cobertura das escalas críticas, e conduzir as ações de enfrentamento previstas no capítulo 24 da Proposta Técnica;

IX – identificar as necessidades de capacitação da equipe e planejar, com o NEPES, o programa anual de educação permanente da enfermagem;

X – apurar e apresentar mensalmente os indicadores do Capítulo XI e participar da reunião mensal de gestão da unidade e do Núcleo de Segurança do Paciente;

XI – analisar diariamente o livro eletrônico de ocorrências do plantão e conduzir a apuração das intercorrências que lhe forem escalonadas;

XII – representar o Serviço de Enfermagem perante a Diretoria, a Secretaria Municipal da Saúde, o Coren-TO e as instituições de ensino, e integrar as comissões e os núcleos em que a enfermagem tem assento;

XIII – zelar pelo suprimento, pela guarda e pelo uso correto dos materiais, equipamentos e medicamentos sob responsabilidade da enfermagem, em articulação com a farmácia e o almoxarifado;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

XIV – garantir o cumprimento da NR-32, o uso dos equipamentos de proteção individual e a comunicação dos acidentes de trabalho ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho;

XV – comunicar ao Coren-TO, por meio da Comissão de Ética de Enfermagem, as infrações à legislação do exercício profissional de que tiver conhecimento;

XVI – avaliar o desempenho dos enfermeiros supervisores e homologar as avaliações dos demais profissionais de enfermagem;

XVII – cumprir e fazer cumprir a legislação do exercício profissional, o Código de Ética e as normas do ISAC;

XVIII – coordenar o apoio assistencial do art. 7º, inciso V, e apresentar os seus indicadores na reunião mensal de gestão;

XIX – integrar o colegiado de gestão da unidade.

Seção III – Do enfermeiro supervisor do plantão

Art. 26 Compete ao enfermeiro supervisor do plantão:

I – receber o plantão do supervisor anterior e conferir, no início do turno, a presença dos profissionais escalados em todos os postos, acionando de imediato a sequência de cobertura de ausências do capítulo 24 da Proposta Técnica e priorizando os postos críticos;

II – redistribuir a equipe de enfermagem entre as áreas conforme a demanda, sem descobrir a classificação de risco, a sala de estabilização e o transporte sanitário;

III – acompanhar o painel de espera por cor e o alerta de 75% do tempo-alvo, e acionar o plano de contingência do capítulo 2 da Proposta Técnica quando a espera se aproximar dos limites do Anexo II;

IV – realizar rondas de supervisão em todas as áreas a cada duas horas, com roteiro padronizado, e sempre que acionado;

V – coordenar a resposta de enfermagem às intercorrências, na forma do Capítulo VII, e acionar o coordenador médico do plantão, o Time de Resposta Rápida, a Coordenação de Enfermagem e a Diretoria Técnica conforme o escalonamento;

VI – autorizar, em caráter excepcional, a prorrogação de jornada e o plantão extra necessários à cobertura, registrando-os para validação da Coordenação;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 13 de 44

VII – conferir, com o enfermeiro de referência, o controle dos medicamentos sujeitos a controle especial e do carro de emergência de cada área;

VIII – supervisionar as remoções realizadas pela ambulância da unidade e o acionamento do SAMU 192, na forma do capítulo 11 da Proposta Técnica;

IX – registrar no livro eletrônico de ocorrências do plantão as ausências, as coberturas, as intercorrências e as providências adotadas;

X – conduzir a passagem de plantão dos supervisores e assegurar a realização da passagem em todas as áreas, na forma do Capítulo VII;

XI – orientar, apoiar e avaliar os enfermeiros e os técnicos do plantão, comunicando à Coordenação as ocorrências relevantes de desempenho e de conduta;

XII – representar a Coordenação de Enfermagem perante a equipe, os usuários e as autoridades durante o plantão.

Seção IV – Do enfermeiro assistencial

Art. 27 Compete ao enfermeiro assistencial, em qualquer área de lotação:

I – aplicar o Processo de Enfermagem – avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução – a todos os usuários sob sua responsabilidade, com registro no prontuário eletrônico, na forma da Resolução COFEN nº 736/2024;

II – prescrever os cuidados de enfermagem e supervisionar a sua execução pelos técnicos da área;

III – prestar os cuidados diretos privativos do art. 22 e os de maior complexidade técnica;

IV – executar e supervisionar a administração segura de medicamentos, com dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância e conferência dos nove certos;

V – reavaliar os usuários em observação a intervalos não superiores a quatro horas e, a qualquer momento, diante de alteração dos escores de alerta precoce, comunicando o médico e registrando a reavaliação;

VI – aplicar os protocolos assistenciais do capítulo 10 da Proposta Técnica, abrir as fichas dos protocolos tempo-dependentes e registrar os horários dos marcos do atendimento;

VII – comunicar ao médico e ao enfermeiro supervisor as intercorrências, na forma do Capítulo VII;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 14 de 44

VIII – orientar o usuário e o acompanhante sobre o cuidado, o fluxo e a alta, e emitir a guia de contrarreferência na forma do capítulo 21 da Proposta Técnica;

IX – conferir, a cada plantão, os equipamentos, os materiais e o carro de emergência da área, e providenciar a reposição;

X – participar da passagem de plantão da área e registrar as pendências;

XI – notificar os incidentes de segurança e os eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente;

XII – orientar e supervisionar os estagiários designados para a área, na forma da Resolução COFEN nº 441/2013;

XIII – participar das capacitações obrigatórias e das reuniões do Serviço.

Art. 28 Compete ainda ao enfermeiro, conforme a área de lotação:

I – **na classificação de risco**: realizar o acolhimento com classificação de risco de todos os usuários, antes do cadastro, na forma do protocolo do capítulo 10 da Proposta Técnica; registrar cor, discriminador e horário; abrir os protocolos tempo-dependentes; encaminhar o usuário ao destino; reclassificar os que aguardam nos intervalos definidos; e informar o usuário e o acompanhante sobre a prioridade e a espera;

II – **na sala de estabilização**: receber os usuários vermelhos e laranjas e os trazidos pelo SAMU 192; assistir o médico na reanimação, na intubação e nos procedimentos invasivos; preparar e administrar as drogas vasoativas e os medicamentos de emergência; monitorar continuamente os usuários; conduzir o preparo e o acompanhamento de enfermagem das transferências reguladas; e manter o carro de emergência conferido e lacrado;

III – **na observação adulta e na observação pediátrica**: admitir o usuário no leito, aplicar as escalas de risco de queda e de lesão por pressão, executar o plano de cuidados, controlar a permanência com os alertas de 12, 18 e 22 horas, garantir o acompanhante nas hipóteses do item 5.2.4 do Termo de Referência e preparar a alta ou a transferência;

IV – **na medicação, nos procedimentos e no apoio ao diagnóstico**: organizar a administração de medicamentos aos usuários em poltrona, os curativos, as suturas assistidas, as imobilizações, a coleta de exames e a realização do eletrocardiograma

em até dez minutos no protocolo de dor torácica, e supervisionar o técnico de enfermagem responsável pela vigilância da sala de espera.

Seção V – Do técnico de enfermagem

Art. 29 Compete ao técnico de enfermagem, sob orientação e supervisão do enfermeiro, na forma do art. 12 da Lei nº 7.498/1986:

I – executar os cuidados de enfermagem prescritos pelo enfermeiro e os procedimentos previstos nos procedimentos operacionais padrão da área, exceto os privativos do enfermeiro;

II – preparar e administrar os medicamentos prescritos, conferindo os nove certos e registrando a checagem no prontuário eletrônico imediatamente após a administração;

III – aferir e registrar os sinais vitais, a glicemia capilar, a dor e os demais parâmetros nos intervalos definidos pelo enfermeiro e pelos protocolos, e comunicar de imediato qualquer alteração;

IV – realizar as anotações de enfermagem de todos os cuidados executados, na forma da Resolução COFEN nº 736/2024;

V – manter vigilância contínua sobre os usuários da área, identificando sinais de agravamento e comunicando-os ao enfermeiro sem aguardar a passagem de plantão;

VI – zelar pela identificação correta do usuário, pela higiene das mãos, pela prevenção de quedas e de lesões por pressão e pelas demais metas de segurança do paciente;

VII – preparar o leito, os materiais e os equipamentos, conferir o funcionamento dos monitores e das bombas de infusão e comunicar as falhas;

VIII – acompanhar o usuário nos deslocamentos internos e, quando escalado no transporte sanitário, nas remoções externas, na forma da Resolução COFEN nº 376/2011 e do capítulo 11 da Proposta Técnica;

IX – receber e passar o plantão com precisão, objetividade e clareza, na forma do Capítulo VII;

X – participar das capacitações obrigatórias e das reuniões do Serviço;

XI – cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as normas do ISAC.

Art. 30 Compete ainda ao técnico de enfermagem, conforme o posto de lotação:

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 16 de 44

I – **no apoio à classificação de risco**: chamar os usuários na ordem de chegada, aferir os sinais vitais e a glicemia sob supervisão do enfermeiro classificador, realizar o eletrocardiograma quando o protocolo de dor torácica é aberto, acompanhar o usuário ao destino e vigiar a sala de espera, comunicando ao enfermeiro qualquer sinal de piora – sem, em nenhuma hipótese, atribuir cor ou prioridade;

II – **na sala de estabilização**: preparar a sala e o carro de emergência, executar as compressões torácicas e a ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara na reanimação, preparar os medicamentos sob conferência do enfermeiro, monitorar os usuários e acompanhá-los na transferência;

III – **na observação adulta e pediátrica**: executar o plano de cuidados, os controles e a higiene e o conforto dos usuários, auxiliar na alimentação, controlar os acessos venosos e os dispositivos e apoiar o acompanhante;

IV – **na medicação e nos procedimentos**: administrar os medicamentos em poltrona, realizar curativos e auxiliar nas suturas e nas imobilizações, coletar exames, realizar eletrocardiogramas e manter a vigilância dos usuários medicados até a liberação pelo enfermeiro;

V – **no transporte sanitário**: conferir a ambulância e os equipamentos no início do plantão, assistir o usuário durante a remoção, registrar os parâmetros e as intercorrências do trajeto, comunicar-se com o enfermeiro supervisor e observar as regras do Manual de transporte sanitário do capítulo 11 da Proposta Técnica.

CAPÍTULO VI – DO DIMENSIONAMENTO E DAS ESCALAS

Seção I – Do dimensionamento

Art. 31 O dimensionamento do quadro de enfermagem de cada UPA é realizado pelo Enfermeiro Responsável Técnico, na forma do art. 11, inciso I, da Lei nº 7.498/1986, e observa o Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN, o capítulo 7 do Termo de Referência e os seguintes critérios:

I – as Unidades de Pronto Atendimento são unidades assistenciais especiais, em que não se aplica o sistema de classificação de pacientes; o dimensionamento adota o método do **sítio funcional**, que considera a atividade desenvolvida, a área em que é desenvolvida e o período de funcionamento;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 17 de 44

II – cada sítio funcional é coberto nas 24 horas por dois postos de 12 horas – diurno, das 7h às 19h, e noturno, das 19h às 7h –, em todos os dias da semana;

III – um posto de 12 horas, ocupado todos os dias da semana, soma 84 horas por semana; na escala 12x36, isso corresponde a 2,30 profissionais por posto, já incluído o índice de segurança técnica mínimo de 15% do Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN, que cobre férias, folgas, licenças e ausências previsíveis;

IV – os postos de cada área são fixados a partir da capacidade instalada do Anexo I do Termo de Referência, da distribuição da demanda ao longo do dia e da semana, do perfil da classificação de risco e da sazonalidade, com as proporções mínimas do artigo seguinte;

V – a demanda de referência é a do capítulo 6 do Termo de Referência: cerca de 392 atendimentos por dia na UPA Norte e 455 na UPA Sul, com concentração de 70% no período diurno, pico entre 8h e 10h, maior procura às segundas-feiras e picos sazonais em abril e maio e em outubro;

VI – a equipe do transporte sanitário – um técnico de enfermagem por plantão em cada unidade – é dimensionada à parte e não é computada na cobertura interna;

VII – o Enfermeiro Responsável Técnico, em jornada diária, é dimensionado como posto próprio da Coordenação, e a carga horária de educação permanente é computada dentro da jornada de cada profissional.

Parágrafo único. O quadro resultante para cada unidade – postos por área e turno e número de profissionais – consta do Anexo II deste Regimento e do quadro de pessoal do capítulo 22 da Proposta Técnica, e corresponde, no mínimo, à equipe de referência do Quadro 7 do Termo de Referência: 40 enfermeiros e 76 técnicos de enfermagem na UPA Norte e 42 enfermeiros e 86 técnicos na UPA Sul, além de 5 técnicos do transporte sanitário em cada unidade.

Art. 32 Em qualquer plantão são observadas as seguintes proporções mínimas, abaixo das quais o enfermeiro supervisor aciona a cobertura de ausências e, persistindo a falta, o plano de contingência do capítulo 2 da Proposta Técnica:

I – um enfermeiro classificador por sala de classificação em funcionamento, e nunca menos de dois no plantão diurno e um no noturno em cada unidade, com o enfermeiro supervisor como retaguarda imediata;

II – na sala de estabilização, um enfermeiro de referência exclusivo e um técnico de enfermagem para cada dois leitos, presentes na sala durante todo o plantão;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 18 de 44

III – na observação adulta, um enfermeiro para cada doze leitos ocupados e um técnico de enfermagem para cada cinco leitos ocupados, contados os leitos de isolamento;

IV – na observação pediátrica, um enfermeiro de referência e um técnico de enfermagem para cada cinco leitos ocupados;

V – na medicação em poltronas, um técnico de enfermagem para cada oito poltronas ocupadas, com enfermeiro de referência da área;

VI – um enfermeiro supervisor por plantão, não acumulado com a classificação de risco nem com a sala de estabilização;

VII – um técnico de enfermagem por plantão na ambulância de suporte básico.

Parágrafo único. Quando a ocupação da observação adulta ultrapassar a cobertura dos postos fixos da área, o enfermeiro supervisor recompõe a proporção do inciso III pela sequência de cobertura do art. 39; se a ocupação acima dessa cobertura – na UPA Sul, acima de 24 leitos ocupados – se repetir em mais de 10% dos plantões do mês, o Enfermeiro Responsável Técnico revisa o dimensionamento da área, na forma do artigo seguinte.

Art. 33 O Enfermeiro Responsável Técnico compara mensalmente o quadro efetivo com o dimensionado, por área, turno e categoria, e revisa o dimensionamento quando identificar horas extras recorrentes em uma área, esperas acima do tempo-alvo em determinado horário, absenteísmo concentrado em um turno ou alteração sustentada da demanda; a proposta de ajuste é submetida à Diretoria Geral das UPAs e, quando alterar o quadro de pessoal, à Secretaria Municipal da Saúde, com memória de cálculo.

Seção II – Da jornada e das escalas

Art. 34 Os enfermeiros assistenciais e os técnicos de enfermagem cumprem jornada de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, na forma do art. 59-A da Consolidação das Leis do Trabalho e da Convenção Coletiva de Trabalho aplicável, em plantões diurnos das 7h às 19h e noturnos das 19h às 7h, com carga mensal de 180 horas; o Enfermeiro Responsável Técnico e os enfermeiros designados para funções administrativas cumprem jornada de 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira.

§ 1º Em cada plantão de 12 horas são assegurados uma hora de intervalo para refeição e descanso e quinze minutos para lanche, gozados por revezamento organizado pelo enfermeiro de referência da área, de modo que nenhum posto crítico fique descoberto.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 19 de 44

§ 2º A remuneração observa os pisos da Convenção Coletiva de Trabalho e o piso salarial nacional da enfermagem, na forma da Lei nº 14.434/2022 e do item 9.9 do Termo de Referência.

Art. 35 A escala mensal de enfermagem de cada UPA é elaborada pelo Enfermeiro Responsável Técnico no sistema de gestão de pessoas, conferida pelo setor de Gente e Gestão e aprovada pela Diretoria Geral das UPAs, e observa as seguintes regras:

I – parte do número de postos por área e turno do Anexo II, e cada posto crítico – classificação de risco, sala de estabilização e transporte sanitário – tem profissional nominalmente designado em todos os plantões do mês antes da publicação;

II – identifica, em cada plantão, o enfermeiro supervisor e o seu substituto imediato, e o enfermeiro de referência de cada área;

III – escala na classificação de risco, na sala de estabilização, na observação pediátrica e no transporte sanitário apenas profissionais com a habilitação registrada na forma do art. 20;

IV – distribui os profissionais de forma equilibrada entre os plantões diurnos e noturnos e entre os dias da semana, e alterna os finais de semana e os feriados;

V – inclui, no momento da publicação, as férias, as licenças programadas e as capacitações do mês;

VI – respeita o intervalo mínimo de onze horas entre jornadas e as folgas semanais.

§ 1º A escala do mês seguinte é publicada até o dia 20 no sistema de gestão de pessoas, enviada aos profissionais e afixada em mural de ampla visibilidade na recepção de cada unidade, com o nome, a categoria e o horário de entrada e de saída de cada profissional, como exige o item 10.1 do Termo de Referência; qualquer alteração posterior é republicada no mesmo dia.

§ 2º A escala efetivamente cumprida é registrada ao final do mês e conferida com o ponto eletrônico, a folha de pagamento e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, e sustenta o demonstrativo analítico do piso salarial da enfermagem do item 9.9.7 do Termo de Referência.

Art. 36 A troca de plantão é admitida entre profissionais da mesma categoria, com a mesma habilitação para o posto e do mesmo tipo de plantão, mediante solicitação no sistema com antecedência mínima de 72 horas – ou de 24 horas por motivo de saúde do profissional ou de

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 20 de 44

seus dependentes –, com a concordância do substituto e a aprovação do Enfermeiro Responsável Técnico ou do enfermeiro supervisor, limitada a duas trocas por profissional por mês; a troca aprovada é registrada na escala publicada e no controle de jornada, e o substituto responde pelo plantão assumido.

Art. 37 Todos os profissionais de enfermagem registram a entrada e a saída no ponto eletrônico, inclusive nos plantões trocados e extras; o enfermeiro supervisor acompanha em tempo real a presença dos escalados e aciona a cobertura quando um profissional não registra a entrada no horário.

Seção III – Das ausências e da cobertura

Art. 38 O profissional que não puder comparecer ao plantão comunica o enfermeiro supervisor com antecedência mínima de quatro horas do início do turno, salvo impossibilidade justificada, e entrega o atestado ao setor de Gente e Gestão em até 48 horas; a ausência é registrada no livro eletrônico de ocorrências do plantão com o horário da comunicação e a providência de cobertura.

Art. 39 A cobertura das ausências segue a sequência do capítulo 24 da Proposta Técnica, acionada pelo enfermeiro supervisor assim que a ausência é comunicada:

I – remanejamento dentro do plantão, entre as áreas de menor demanda, sem retirar profissional da classificação de risco, da sala de estabilização nem do transporte sanitário;

II – acionamento do profissional de cobertura previsto no índice de segurança técnica do dimensionamento;

III – convocação de profissional em folga para plantão extra, respeitados o intervalo mínimo entre jornadas, os limites da Convenção Coletiva de Trabalho e o máximo de quatro plantões extras por profissional no mês;

IV – convocação do cadastro reserva, com contrato por prazo determinado, para as ausências prolongadas e as vagas abertas.

§ 1º Os postos críticos são cobertos em até duas horas; enquanto a cobertura não chega, o enfermeiro supervisor assume a classificação de risco ou a sala de estabilização e é substituído na supervisão pelo seu substituto imediato.

§ 2º Cada UPA cobre as suas próprias ausências, com as suas próprias equipes; não há deslocamento de profissionais entre a UPA Norte e a UPA Sul.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 21 de 44

§ 3º O plantão extra e a prorrogação de jornada são remunerados ou compensados na forma da Convenção Coletiva de Trabalho, registrados no ponto eletrônico e validados pelo Enfermeiro Responsável Técnico.

Art. 40 O absenteísmo da enfermagem é apurado mensalmente por área, turno e categoria, com meta interna de até 2% ao mês, e tratado na forma do programa de prevenção e das condutas do capítulo 24 da Proposta Técnica, inclusive a conversa de retorno após cada ausência não programada e o acompanhamento pelo setor de Gente e Gestão a partir da terceira ausência não programada em 90 dias.

CAPÍTULO VII – DA PASSAGEM DE PLANTÃO, DOS REGISTROS E DA COMUNICAÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS

Seção I – Da passagem de plantão

Art. 41 A passagem de plantão é o ato pelo qual a equipe que encerra o turno transfere à equipe que o inicia a responsabilidade pelos usuários, pelas áreas e pelos recursos sob cuidado da enfermagem, e ocorre às 7h e às 19h, com duração máxima de 30 minutos, na forma da rotina do Anexo III.

§ 1º A passagem é realizada em dois níveis simultâneos: entre os enfermeiros supervisores, que transferem a situação geral da unidade – ocupação, esperas por cor, transferências pendentes, intercorrências, cobertura da escala e pendências de recursos –, e em cada área, entre os enfermeiros de referência e entre os técnicos de enfermagem, usuário por usuário.

§ 2º Nas áreas de estabilização e de observação, a passagem é feita à beira do leito, com a participação do usuário e do acompanhante no que lhes disser respeito; na classificação de risco, na medicação e nos procedimentos, é feita no posto de enfermagem, com a relação dos usuários em espera, dos reclassificados e dos que aguardam medicação ou liberação.

§ 3º A passagem segue o roteiro ISBAR do Anexo III – identificação, situação, antecedentes, avaliação e recomendação –, e inclui obrigatoriamente: os usuários dos protocolos tempo-dependentes em curso e os seus horários; os usuários com alerta de permanência; as transferências reguladas pendentes; os medicamentos sujeitos a controle especial, conferidos e assinados por quem passa e por quem recebe; o lacre do carro de emergência; os equipamentos com falha; e as pendências de material.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 22 de 44

§ 4º A passagem é registrada no relatório eletrônico de passagem de plantão de cada área, assinado eletronicamente por quem passa e por quem recebe; o relatório é atualizado ao longo do turno, para que a passagem não dependa da memória de quem sai.

Art. 42 Nenhum profissional de enfermagem deixa o posto de trabalho antes da chegada e da ciência do substituto, como determina o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; não comparecendo o substituto, o profissional comunica o enfermeiro supervisor, que aciona a sequência de cobertura do art. 39, e a prorrogação da jornada é registrada e remunerada na forma da Convenção Coletiva de Trabalho.

Art. 43 Durante a passagem de plantão, o atendimento aos usuários não é interrompido: a classificação de risco, a sala de estabilização e a vigilância da sala de espera mantêm profissional em atividade, com passagem sucessiva, e as intercorrências que ocorrerem nesse intervalo são atendidas pela equipe que estiver presente, com registro de quem as atendeu.

Seção II – Dos registros

Art. 44 Todo cuidado de enfermagem é registrado no prontuário eletrônico do usuário, no sistema de gestão em saúde do capítulo 9 da Proposta Técnica, de forma contemporânea, completa, legível, identificada e verdadeira, na forma da Resolução COFEN nº 429/2012, do Guia de Recomendações para os Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e da Resolução COFEN nº 736/2024, e observa:

I – a identificação do profissional por nome, categoria e número de inscrição no Coren-TO, por meio da assinatura eletrônica individual, vedado o uso de senha de terceiro;

II – o registro do horário real da avaliação, do cuidado ou da administração do medicamento, e não do horário da digitação;

III – a linguagem técnica, objetiva e sem juízo de valor, com as abreviaturas restritas à lista padronizada da unidade;

IV – a correção de erro por adendo datado e assinado, preservado o registro original, vedadas a exclusão e a alteração do registro já assinado;

V – o registro da recusa de cuidado pelo usuário, com a orientação prestada e, quando possível, a assinatura do usuário ou do acompanhante;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 23 de 44

VI – o sigilo profissional e a proteção dos dados pessoais, na forma da Lei nº 13.709/2018 e do capítulo 5 da Proposta Técnica, com acesso ao prontuário limitado aos profissionais envolvidos no cuidado.

Art. 45 Compete ao enfermeiro registrar todas as etapas do Processo de Enfermagem – avaliação, diagnóstico, planejamento com a prescrição de enfermagem, implementação e evolução –, a classificação de risco com a cor, o discriminador e o horário, as reavaliações, as fichas dos protocolos tempo-dependentes com os horários dos marcos do atendimento, a passagem de plantão e a guia de contrarreferência; e compete ao técnico de enfermagem registrar as anotações de enfermagem de todos os cuidados executados, os sinais vitais e os demais controles, a checagem de cada medicamento administrado no horário real – ou a justificativa da não administração – e as intercorrências observadas.

Art. 46 Na indisponibilidade do sistema informatizado, os registros são feitos nos formulários impressos de contingência do capítulo 5 da Proposta Técnica, identificados e assinados, e transcritos para o prontuário eletrônico em até 24 horas do restabelecimento, com a indicação de que se trata de transcrição.

Art. 47 Além do prontuário, o Serviço de Enfermagem mantém, em meio eletrônico:

I – o relatório de passagem de plantão de cada área;

II – o livro de ocorrências do plantão, de responsabilidade do enfermeiro supervisor, com as ausências, as coberturas, as intercorrências operacionais, as agressões e as demais ocorrências do turno;

III – os controles de medicamentos sujeitos a controle especial, na forma da Portaria SVS/MS nº 344/1998;

IV – os registros de conferência do carro de emergência, dos equipamentos e das temperaturas das geladeiras de medicamentos e imunobiológicos;

V – as notificações de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente e as notificações compulsórias de agravos;

VI – os registros de capacitação, de habilitação e de supervisão de estágio.

Parágrafo único. Os registros são auditados na forma do Capítulo VIII e pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários do capítulo 14 da Proposta Técnica, e ficam disponíveis à Secretaria Municipal da Saúde e aos órgãos de controle nos prazos do capítulo 5 da Proposta Técnica.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 24 de 44

Seção III – Da comunicação de intercorrências

Art. 48 Intercorrência é todo fato que altere o curso esperado do atendimento ou do funcionamento da área, e classifica-se, para fins de comunicação, em:

I – **intercorrência clínica**: piora do quadro do usuário, escore de alerta precoce em faixa de risco, parada cardiorrespiratória, reação adversa, resultado crítico de exame, evasão de usuário em observação ou óbito;

II – **incidente de segurança do paciente**: evento adverso, quase-erro, erro de medicação, queda, lesão por pressão, falha de identificação, infecção relacionada à assistência ou qualquer circunstância que poderia ter causado dano;

III – **ocorrência operacional**: falta de insumo, medicamento ou equipamento, falha do sistema informatizado, ausência não comunicada, superlotação, indisponibilidade de transporte ou de vaga regulada;

IV – **violência e conflito**: agressão física, verbal ou psicológica contra profissional ou usuário, conflito ético, recusa de tratamento com risco, suspeita de violência contra criança, adolescente, mulher ou pessoa idosa e demais situações de notificação compulsória.

Art. 49 A comunicação das intercorrências segue o escalonamento do Anexo IV:

I – quem identifica a intercorrência comunica-a de imediato, por voz, ao enfermeiro de referência da área, sem aguardar a passagem de plantão, e adota as medidas imediatas de sua competência;

II – o enfermeiro de referência avalia, age e aciona o médico da área – e, nos critérios do protocolo institucional, o Time de Resposta Rápida – nas intercorrências clínicas, e o enfermeiro supervisor do plantão nas demais;

III – o enfermeiro supervisor decide a providência, redistribui a equipe, aciona o coordenador médico do plantão, o plano de contingência do capítulo 2 da Proposta Técnica, a cobertura de ausências, a farmácia, a engenharia clínica, a tecnologia da informação ou a segurança patrimonial, conforme o caso, e registra a ocorrência no livro eletrônico do plantão;

IV – a Coordenação de Enfermagem e a Diretoria Técnica, em sobreaviso nas 24 horas, são comunicadas de imediato nos eventos graves – óbito inesperado, evento adverso com dano grave, agressão, evasão de usuário grave e falha que comprometa o

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 25 de 44

funcionamento de uma área – e, nos demais casos, no primeiro dia útil, pela análise do livro de ocorrências;

V – a Diretoria Geral das UPAs comunica a Secretaria Municipal da Saúde, o Coren-TO por meio da Comissão de Ética de Enfermagem, a autoridade policial e a vigilância em saúde, na forma do Termo de Colaboração e da legislação.

§ 1º Toda intercorrência gera dois registros: o assistencial, no prontuário do usuário, com o horário, a avaliação, a conduta e a comunicação realizada, feito antes do término do plantão e, nos eventos graves, imediatamente; e o gerencial, no livro eletrônico de ocorrências do plantão.

§ 2º Os incidentes de segurança do paciente são notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente no sistema interno de notificação em até 24 horas, sem identificação punitiva do notificador, e os eventos adversos são notificados à Anvisa nos prazos da RDC nº 36/2013 – mensalmente, até o décimo quinto dia útil do mês subsequente, e em até 72 horas quando evoluírem para óbito.

§ 3º A comunicação de má notícia ao usuário e à família é feita pelo médico, com a presença do enfermeiro de referência, em ambiente reservado; o enfermeiro assegura o apoio ao acompanhante e o acionamento do serviço social quando indicado.

§ 4º Nas situações de violência contra profissional, o enfermeiro supervisor garante o afastamento imediato do profissional da situação de risco, o acionamento da segurança patrimonial e, quando necessário, da autoridade policial, o registro da ocorrência e o acolhimento previsto no Programa de Prevenção e Enfrentamento à Agressão Física, Moral ou Psicológica do ISAC (PRO.DGP.SED.005), com apoio jurídico e psicológico.

§ 5º As intercorrências recorrentes e os eventos graves são analisados pela Coordenação de Enfermagem com o Núcleo de Segurança do Paciente, em até 30 dias, com plano de ação registrado e devolutiva à equipe.

CAPÍTULO VIII – DA SUPERVISÃO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Seção I – Da supervisão

Art. 50 A supervisão de enfermagem é exercida em três níveis, que se completam:

I – **supervisão do serviço**, pelo Enfermeiro Responsável Técnico, que responde pelo conjunto do Serviço, analisa diariamente o livro de ocorrências, realiza visitas

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 26 de 44

semanais a todas as áreas e turnos – incluídos plantões noturnos e de final de semana, em rodízio – e conduz a reunião mensal do Serviço;

II – **supervisão do plantão**, pelo enfermeiro supervisor, que realiza rondas em todas as áreas a cada duas horas, com o roteiro do Anexo III, e sempre que acionado, e registra as rondas e as providências no livro de ocorrências;

III – **supervisão direta**, pelo enfermeiro de referência de cada área, que orienta, acompanha e avalia a execução dos cuidados pelos técnicos de enfermagem da área, presente na área durante todo o plantão, na forma do art. 15 da Lei nº 7.498/1986.

Art. 51 A supervisão utiliza os seguintes instrumentos, cujos resultados alimentam a avaliação de desempenho do capítulo 24 da Proposta Técnica e o programa de educação permanente:

I – o roteiro de ronda de supervisão do Anexo III, que verifica a cobertura dos postos, as esperas por cor, os usuários com alerta de permanência, a execução das prescrições, a identificação dos usuários, a higiene das mãos, o carro de emergência, os controlados e as condições da área;

II – a auditoria mensal amostral dos registros de enfermagem, por unidade: trinta classificações de risco, dez fichas de cada protocolo tempo-dependente, trinta prontuários de usuários em observação e a checagem de medicamentos de um plantão sorteado, com roteiro padronizado e devolutiva individual ao profissional em até quinze dias;

III – a observação direta da prática, com lista de verificação, na classificação de risco, na administração de medicamentos e nos procedimentos de maior risco, no mínimo uma vez por semestre para cada profissional;

IV – os indicadores do Capítulo XI, apurados por área e turno;

V – a reunião mensal do Serviço de Enfermagem de cada UPA, com ata, em que se apresentam os indicadores, os resultados das auditorias, os eventos analisados e as ações do mês seguinte;

VI – a comunicação diária de início de plantão – ISAC Day e ISAC Night –, de até dez minutos, em que o enfermeiro supervisor transmite à equipe as informações do dia, as mudanças de rotina e as prioridades de segurança.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 27 de 44

Art. 52 O profissional cujo desempenho apresentar desvio recorrente recebe orientação registrada, plano de melhoria com prazo e acompanhamento pelo enfermeiro supervisor; persistindo o desvio, aplica-se o Capítulo X, sem prejuízo da recapacitação pelo NEPES.

Seção II – Da educação permanente

Art. 53 A educação permanente da enfermagem integra o Programa de Educação Permanente das UPAs do capítulo 25 da Proposta Técnica, planejado e executado pelo NEPES com a Coordenação de Enfermagem, e compreende:

I – a **integração institucional e à área**, antes do primeiro plantão, com a apresentação da unidade, dos fluxos assistenciais e administrativos, dos protocolos, do prontuário eletrônico, das normas de segurança e biossegurança, deste Regimento e do Código de Ética e registrada pelo NEPES, na forma do capítulo 24 da Proposta Técnica e do item 10.7.2 do Termo de Referência;

II – as **habilitações específicas** do art. 20, com avaliação prática e recertificação periódica;

III – a **capacitação anual obrigatória**, com a matriz de temas e cargas horárias do Anexo V, dentro da carga anual de 75 horas para os enfermeiros e de 53 horas para os técnicos de enfermagem prevista no capítulo 25 da Proposta Técnica;

IV – a **capacitação em serviço**, a partir das lacunas identificadas na supervisão, nas auditorias e na análise dos eventos, com atividades curtas no próprio plantão, simulação realística e discussão de casos;

V – a **recapacitação** decorrente de mudança de protocolo, de norma, de equipamento ou de sistema, antes da vigência da mudança;

VI – o **desenvolvimento de lideranças**, com a participação dos enfermeiros supervisores e dos potenciais sucessores no Programa de Desenvolvimento de Líderes do ISAC;

VII – a **supervisão de estágios e de residências**, quando pactuada pela Secretaria Municipal da Saúde com as instituições de ensino, na forma da Resolução COFEN nº 441/2013 e do capítulo 24 da Proposta Técnica.

§ 1º A carga horária de capacitação é computada como tempo de trabalho e lançada na escala; a participação é registrada e certificada pelo NEPES, e a conclusão das capacitações obrigatórias é condição de permanência na função, com índice de execução da matriz não inferior a 80% em cada unidade.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 28 de 44

§ 2º O NEPES levanta anualmente as necessidades de capacitação da enfermagem – a partir dos indicadores, das auditorias, dos eventos, das avaliações de desempenho e da consulta à equipe – e as incorpora ao plano anual do capítulo 25 da Proposta Técnica.

§ 3º A avaliação da educação permanente observa os níveis de reação, aprendizagem, aplicação e resultado, e os seus dados integram os indicadores do Capítulo XI.

CAPÍTULO IX – DOS DIREITOS E DOS DEVERES

Art. 54 São assegurados aos profissionais de enfermagem das UPAs Norte e Sul:

I – condições de trabalho seguras, com equipamentos de proteção individual, vacinação, exames periódicos e as demais medidas da NR-32 e do Programa de Gerenciamento de Riscos;

II – a remuneração conforme os pisos da Convenção Coletiva de Trabalho e o piso salarial nacional da enfermagem, paga na data prevista, com o demonstrativo do complemento do piso;

III – a escala publicada nos prazos deste Regimento, os intervalos de repouso e alimentação e o respeito aos limites de jornada;

IV – a integração e a capacitação necessárias ao exercício seguro da função, dentro da jornada;

V – a supervisão por enfermeiro em todos os plantões e o acesso ao Enfermeiro Responsável Técnico;

VI – a avaliação de desempenho com critérios conhecidos, devolutiva individual e plano de desenvolvimento;

VII – a proteção contra a violência no trabalho, com tolerância zero a agressão, assédio e discriminação, e o acolhimento previsto nas normas do ISAC;

VIII – o apoio psicológico do Programa Sinta-se Bem e do Plantão Psicológico do ISAC;

IX – a recusa de executar atividade que contrarie a legislação do exercício profissional ou o Código de Ética, ou para a qual não esteja habilitado, com comunicação ao enfermeiro supervisor;

X – o acesso ao canal de denúncias do ISAC e à Comissão de Ética de Enfermagem, sem retaliação;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 29 de 44

XI – a participação nas reuniões do Serviço, na Comissão de Ética de Enfermagem, na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio e nas demais instâncias em que a enfermagem tem assento.

Art. 55 São deveres dos profissionais de enfermagem, além dos previstos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na legislação trabalhista:

I – exercer as atribuições do cargo com zelo, competência técnica e respeito ao usuário, à família e à equipe;

II – cumprir a escala, a jornada e os horários, registrar o ponto e comunicar as ausências na forma deste Regimento;

III – apresentar-se ao plantão com o uniforme institucional completo e limpo, crachá de identificação com foto e categoria, calçado fechado, cabelos presos, unhas curtas e sem adornos que comprometam a segurança, na forma da NR-32;

IV – portar a identidade profissional emitida pelo Coren-TO e manter a inscrição e as obrigações perante o conselho em dia;

V – cumprir os protocolos, os procedimentos operacionais padrão, as prescrições e as orientações do enfermeiro supervisor, comunicando qualquer impedimento;

VI – registrar a assistência prestada na forma do Capítulo VII e guardar sigilo sobre as informações do usuário e da unidade;

VII – comunicar as intercorrências, os incidentes de segurança e as irregularidades de que tiver conhecimento;

VIII – zelar pelos materiais, equipamentos, medicamentos e bens patrimoniais, evitando desperdício e uso indevido;

IX – participar das capacitações, das reuniões e das avaliações;

X – não se ausentar do posto sem comunicação ao enfermeiro supervisor e sem substituto;

XI – não receber vantagem de qualquer espécie de usuário, acompanhante ou fornecedor em razão da função;

XII – não fotografar, filmar ou divulgar imagens ou informações de usuários e do serviço sem autorização, e não utilizar dispositivos pessoais durante a assistência, salvo nas situações autorizadas pela Coordenação;

XIII – tratar os colegas, os usuários e os acompanhantes com urbanidade, sem qualquer forma de discriminação, assédio ou violência;

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 30 de 44

XIV – cumprir e fazer cumprir este Regimento.

CAPÍTULO X – DA ÉTICA E DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 56 Em cada UPA é constituída uma Comissão de Ética de Enfermagem, eleita pelos profissionais de enfermagem da unidade, homologada e nomeada pelo Coren-TO, com composição, mandato e competências definidos na Resolução COFEN nº 792/2025 e no regimento do capítulo 14 da Proposta Técnica, e que atua com autonomia e imparcialidade, sem subordinação à Coordenação de Enfermagem.

Parágrafo único. A unidade assegura à Comissão de Ética de Enfermagem local, tempo e apoio administrativo para as suas atividades, e o Enfermeiro Responsável Técnico encaminha-lhe, para apuração preliminar, os indícios de infração ética de que tiver conhecimento.

Art. 57 As questões éticas são encaminhadas à Comissão de Ética de Enfermagem por qualquer profissional, usuário ou instância da unidade, por escrito ou pelo canal de denúncias do ISAC; a Comissão realiza a apuração preliminar, promove a conciliação quando cabível e encaminha ao Coren-TO os casos que configurem infração ética, com relatório circunstanciado.

Art. 58 As infrações disciplinares são apuradas e sancionadas na forma da Política de Consequências do ISAC – advertência escrita, suspensão de até trinta dias e demissão por justa causa, graduadas pela gravidade e pela reincidência –, da Consolidação das Leis do Trabalho e da Convenção Coletiva de Trabalho, que exige a comunicação por escrito das advertências e suspensões, com os motivos, em até 72 horas da falta, e a apuração prévia, com oitiva do profissional, das reclamações de usuários.

§ 1º A sanção disciplinar é proposta pelo Enfermeiro Responsável Técnico, com base em apuração registrada, e aplicada pela Diretoria Geral das UPAs com o setor de Gente e Gestão, garantido ao profissional o direito de manifestação; a demissão por justa causa observa as alçadas da Política de Consequências.

§ 2º A apuração disciplinar não substitui nem impede a apuração ética pela Comissão de Ética de Enfermagem e pelo Coren-TO, nem a notificação do incidente ao Núcleo de Segurança do Paciente, que adota a abordagem sistêmica e não punitiva do erro.

§ 3º É vedada qualquer retaliação ao profissional que comunicar irregularidade, notificar incidente ou recorrer à Comissão de Ética de Enfermagem ou ao canal de denúncias.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 31 de 44

Art. 59 Os servidores públicos municipais disponibilizados sujeitam-se, no aspecto disciplinar, ao seu regime funcional; as ocorrências são comunicadas pela Diretoria Geral das UPAs à Secretaria Municipal da Saúde, sem prejuízo da apuração ética pelo Coren-TO.

CAPÍTULO XI – DOS INDICADORES DO SERVIÇO

Art. 60 O Enfermeiro Responsável Técnico apura mensalmente, por unidade, área e turno, os indicadores do Quadro 7.2, apresenta-os na reunião mensal do Serviço, na reunião mensal de gestão da unidade e no Núcleo de Segurança do Paciente, e os integra ao painel de indicadores do capítulo 9 da Proposta Técnica e ao relatório mensal de execução da parceria.

Quadro 7.2 – Indicadores do Serviço de Enfermagem

Indicador	Fórmula	Meta	Fonte
Cobertura da classificação de risco	usuários classificados ÷ demanda espontânea × 100	≥ 95% (Anexo II do TR)	Prontuário eletrônico
Tempo classificação–primeiro atendimento médico, por cor	atendimentos dentro do tempo-alvo ÷ atendimentos da cor × 100	vermelha e laranja ≥ 95%; amarela ≥ 90%; verde e azul ≥ 85% (Anexo II do TR)	Prontuário eletrônico
Reavaliação de enfermagem em observação	reavaliações realizadas em até 4 h ÷ reavaliações devidas × 100	≥ 95%	Prontuário eletrônico
Cobertura das escalas críticas	plantões com todos os postos críticos cobertos ÷ plantões do mês × 100	100%	Escala e ponto
Absenteísmo da enfermagem	horas de ausência não programada ÷ horas previstas × 100	≤ 2% ao mês	Ponto eletrônico
Plantões extras	horas de plantão extra ÷ horas previstas × 100	≤ 5%	Ponto eletrônico
Completude dos registros de enfermagem	prontuários auditados sem não conformidade ÷ prontuários auditados × 100	≥ 90%	Auditoria mensal
Checagem de medicamentos no horário	doses checadas no horário real ÷ doses prescritas × 100	≥ 95%	Prontuário eletrônico
Adesão à higiene das mãos	oportunidades com higiene realizada ÷ oportunidades observadas × 100	≥ 80%	Observação da CCIRAS
Incidentes notificados	notificações ÷ 1.000 atendimentos	tendência crescente no 1º ano (cultura de notificação)	Sistema de notificação

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 32 de 44

Indicador	Fórmula	Meta	Fonte
Eventos adversos graves analisados no prazo	eventos com análise concluída em 30 dias ÷ eventos graves × 100	100%	NSP
Quedas com dano e lesões por pressão adquiridas na unidade	eventos ÷ 1.000 usuário-dia em observação	redução contínua; zero lesão por pressão em estágio 3 ou 4	NSP
Capacitações obrigatórias cumpridas	profissionais com a matriz anual concluída ÷ profissionais × 100	≥ 80%	NEPES
Habilitações vigentes nos postos críticos	plantões em posto crítico cobertos por profissional habilitado ÷ plantões × 100	100%	Escala e NEPES
Rotatividade da enfermagem	(admissões + desligamentos) ÷ 2 ÷ profissionais ativos × 100	≤ 2% ao mês	Gente e Gestão

Parágrafo único. Os indicadores dos protocolos assistenciais do capítulo 10 da Proposta Técnica – porta-eletrocardiograma, tempo zero da sepse, porta-saída no AVC e no trauma, entre outros – são apurados pela mesma rotina e analisados com o Diretor Técnico.

CAPÍTULO XII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 61 Este Regimento é elaborado pela Coordenação de Enfermagem das UPAs Norte e Sul com a Diretoria Técnica, revisado pela Gerência de Qualidade do ISAC e aprovado na alçada prevista na Norma de Gestão de Documentos, e entra em vigor na data da sua publicação, antes do início da operação das unidades.

Art. 62 O Regimento é publicado na lista mestra de documentos, na intranet e no mural de cada unidade, e dele toma ciência formal, com registro, todo profissional de enfermagem na integração; a versão vigente fica disponível para consulta em cada posto de enfermagem.

Art. 63 O Regimento é revisado a cada dois anos, ou antes, por proposta da Coordenação de Enfermagem, da Comissão de Ética de Enfermagem ou da Diretoria Técnica, sempre que houver alteração da legislação do exercício profissional, das normas do sistema COFEN/Coren, do Termo de Colaboração, da estrutura das unidades ou quando a análise de eventos o recomendar; a revisão segue o fluxo de aprovação da Norma de Gestão de Documentos e é comunicada à equipe com capacitação prévia à vigência.

Art. 64 Os casos omissos são resolvidos pelo Enfermeiro Responsável Técnico e, em grau de recurso, pela Diretoria Técnica e pela Diretoria Geral das UPAs, ouvida a Comissão de Ética de Enfermagem nas matérias de natureza ética, observadas as normas do sistema COFEN/Coren.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 33 de 44

Art. 65 Este Regimento aplica o Regimento Interno do Serviço de Enfermagem institucional do ISAC às UPAs Norte e Sul de Palmas e prevalece sobre ele no que for específico; as suas disposições integram, no que couber, o manual de gestão de pessoas previsto no item 10.4 do Termo de Referência.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir do Regimento Interno do Serviço de Enfermagem institucional do ISAC e das normas vigentes do sistema COFEN/Coren	Coordenação de Enfermagem das UPAs

APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Coordenadores de Enfermagem (Responsáveis Técnicos de Enfermagem) das UPAs Norte e Sul, com os Diretores Técnicos	Diretoria Geral das UPAs	Gerência de Qualidade do ISAC	Superintendência Técnica do ISAC

Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero; a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 34 de 44

Anexo I – Organograma do Serviço de Enfermagem de cada UPA

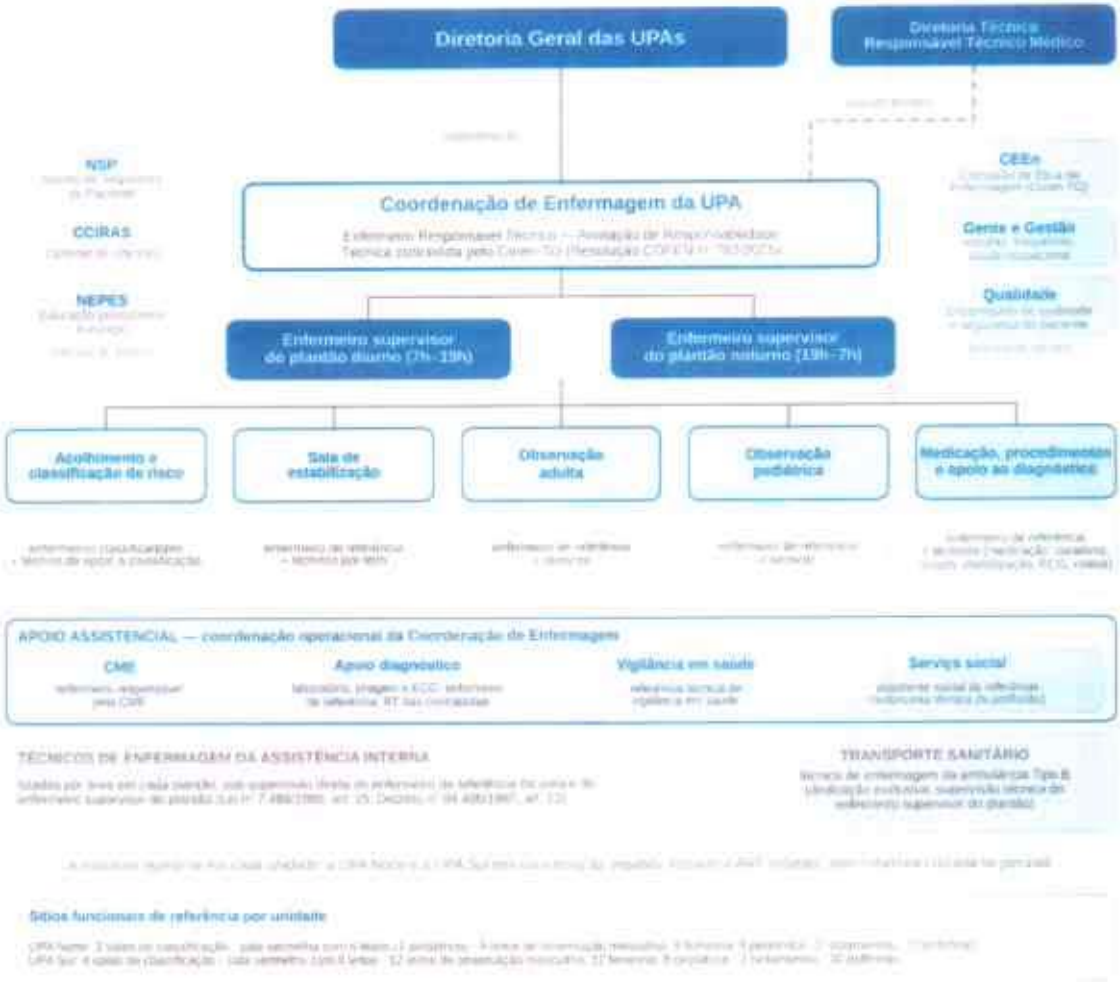

Figura 7.1 – Estrutura do Serviço de Enfermagem

A estrutura é idêntica nas duas unidades; os sítios funcionais e os postos de cada UPA constam do Anexo II. A Coordenação de Enfermagem subordina-se ao Diretor Geral e tem vínculo técnico com o Diretor Técnico nas diretrizes assistenciais, como no organograma do capítulo 23 da Proposta Técnica.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 35 de 44

Anexo II – Sítios funcionais e postos de enfermagem por turno, por unidade

Os quadros a seguir fixam os postos de enfermagem por área e turno em cada UPA, que a escala mensal reproduz. Os postos derivam da capacidade instalada, da demanda e das proporções mínimas do Capítulo VI, e correspondem à equipe de referência do Quadro 7 do Termo de Referência. Os postos por área são os mesmos dos capítulos 2, 18 e 22 da Proposta Técnica, este último o quadro de pessoal.

Quadro 7.3 – Postos de enfermagem por turno – UPA Norte

Sítio funcional	Categoria	Postos diurnos (7h–19h)	Postos noturnos (19h–7h)	Postos nas 24 h
Acolhimento e classificação de risco	Enfermeiro	3	2	5
Sala de estabilização	Enfermeiro	1	1	2
Observação adulta	Enfermeiro	2	2	4
Observação pediátrica	Enfermeiro	1	1	2
Medicação, procedimentos e apoio ao diagnóstico	Enfermeiro	1	1	2
Supervisão do plantão	Enfermeiro	1	1	2
Apoio à classificação de risco e vigilância da espera	Técnico de enfermagem	2	1	3
Sala de estabilização	Técnico de enfermagem	3	3	6
Observação adulta	Técnico de enfermagem	4	4	8
Observação pediátrica	Técnico de enfermagem	2	2	4
Medicação (poltronas)	Técnico de enfermagem	4	3	7
Curativos e suturas	Técnico de enfermagem	1	1	2
Imobilização ortopédica	Técnico de enfermagem	1	1	2
Eletrocardiografia e coleta	Técnico de enfermagem	1	0	1
Transporte sanitário (ambulância Tipo B)	Técnico de enfermagem	1	1	2
Total de postos – enfermeiros		**9**	**8**	**17**
Total de postos – técnicos (assistência interna)		**18**	**15**	**33**

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 36 de 44

Quadro 7.4 – Quadro de enfermagem resultante – UPA Norte

Categoria	Postos de 12 h nas 24 h	Profissionais por posto (escala 12x36, IST 15%)	Profissionais na escala	Referência do Quadro 7 do TR
Enfermeiro assistencial	17	2,30	40	40
Técnico de enfermagem – assistência interna	33	2,30	76	76
Técnico de enfermagem – transporte sanitário	2	2,30	5	5
Coordenador de Enfermagem – Responsável Técnico (jornada diária)	—	—	1	cargo de gestão do organograma (capítulo 23 da Proposta Técnica)

Fonte: Termo de Referência e Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN.

Quadro 7.5 – Postos de enfermagem por turno – UPA Sul

Sítio funcional	Categoria	Postos diurnos (7h–19h)	Postos noturnos (19h–7h)	Postos nas 24 h
Acolhimento e classificação de risco	Enfermeiro	4	2	6
Sala de estabilização	Enfermeiro	1	1	2
Observação adulta	Enfermeiro	2	2	4
Observação pediátrica	Enfermeiro	1	1	2
Medicação, procedimentos e apoio ao diagnóstico	Enfermeiro	1	1	2
Supervisão do plantão	Enfermeiro	1	1	2
Apoio à classificação de risco e vigilância da espera	Técnico de enfermagem	2	1	3
Sala de estabilização	Técnico de enfermagem	2	2	4
Observação adulta	Técnico de enfermagem	5	5	10
Observação pediátrica	Técnico de enfermagem	2	2	4
Medicação (poltronas)	Técnico de enfermagem	5	4	9
Curativos e suturas	Técnico de enfermagem	1	1	2
Imobilização ortopédica	Técnico de enfermagem	1	1	2
Eletrocardiografia e coleta	Técnico de enfermagem	2	1	3

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 37 de 44

Sítio funcional	Categoria	Postos diurnos (7h–19h)	Postos noturnos (19h–7h)	Postos nas 24 h
Transporte sanitário (ambulância Tipo B)	Técnico de enfermagem	1	1	2
Total de postos – enfermeiros		**10**	**8**	**18**
Total de postos – técnicos (assistência interna)		**20**	**17**	**37**

Quadro 7.6 – Quadro de enfermagem resultante – UPA Sul

Categoria	Postos de 12 h nas 24 h	Profissionais por posto (escala 12x36, IST 15%)	Profissionais na escala	Referência do Quadro 7 do TR
Enfermeiro assistencial	18	2,30	42	42
Técnico de enfermagem – assistência interna	37	2,30	86	86
Técnico de enfermagem – transporte sanitário	2	2,30	5	5
Coordenador de Enfermagem – Responsável Técnico (jornada diária)	—	—	1	cargo de gestão do organograma (capítulo 23 da Proposta Técnica)

Fonte: Termo de Referência e Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN.

Nas duas unidades, os enfermeiros representam cerca de um terço dos postos assistenciais de enfermagem, proporção compatível com as faixas do Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN para cuidados intermediários e de alta dependência, adequada ao perfil de uma porta de urgência em que a classificação de risco, a estabilização e a reavaliação são privativas do enfermeiro. A sala de estabilização da UPA Norte, com 6 leitos, opera com um técnico para cada dois leitos; a da UPA Sul, com 4 leitos, com a mesma proporção. A UPA Sul, com 4 salas de classificação e a maior demanda, tem um enfermeiro classificador a mais no turno diurno; a UPA Norte concentra técnicos na sala de estabilização de 6 leitos.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 38 de 44

Anexo III – Rotina do plantão, roteiro de passagem de plantão e roteiro da ronda de supervisão



Figura 7.2 – Rotina do plantão de enfermagem

Roteiro ISBAR da passagem de plantão. A passagem de cada usuário segue a sequência abaixo, que o relatório eletrônico de passagem de plantão reproduz em campos estruturados.

Quadro 7.7 – Roteiro ISBAR da passagem de plantão

Etapa	O que é transmitido
I – Identificação	Nome completo, idade, leito ou poltrona, cor da classificação e horário, protocolo aberto, médico responsável, alergias, precauções e risco de queda ou de lesão por pressão
S – Situação	Motivo do atendimento, diagnóstico de trabalho, tempo de permanência, situação atual em uma frase e o que está pendente neste momento
B – Antecedentes (background)	Doenças prévias, medicamentos de uso contínuo, o que já foi feito na unidade (exames, medicamentos, procedimentos) e a resposta obtida
A – Avaliação	Últimos sinais vitais e escores de alerta precoce, dor, nível de consciência, dispositivos em uso, acessos, balanço, diagnósticos de enfermagem ativos e alterações do turno
R – Recomendação	Prescrições de enfermagem e médicas a executar, horários dos próximos marcos (reavaliação, exames, medicamentos), regulação pendente, plano de alta ou transferência, orientações ao acompanhante e o que deve ser comunicado ao médico

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 39 de 44

Roteiro da ronda de supervisão. O enfermeiro supervisor percorre todas as áreas a cada duas horas e registra no livro eletrônico de ocorrências o horário, os itens verificados e as providências.

- cobertura dos postos: presença de todos os escalados, intervalos em curso e postos críticos ocupados por profissional habilitado;
- classificação de risco: usuários em espera por cor, tempo do mais antigo em relação ao tempo-alvo, reclassificações devidas e realizadas, vigilância da sala de espera;
- sala de estabilização: leitos ocupados, usuários em protocolo tempo-dependente e seus horários, transferências reguladas pendentes e horário da solicitação, carro de emergência lacrado;
- observação adulta e pediátrica: leitos ocupados, reavaliações de enfermagem em dia, usuários com alerta de permanência de 12, 18 e 22 horas, acompanhantes garantidos, escalas de risco aplicadas;
- medicação e procedimentos: poltronas ocupadas, medicamentos em atraso, usuários aguardando liberação, equipamentos em falha;
- segurança e ambiente: identificação dos usuários, higiene das mãos, precauções de isolamento, medicamentos controlados, geladeiras, resíduos e limpeza;
- equipe: intercorrências relatadas, conflitos, necessidade de remanejamento, apoio a profissional em situação de sobrecarga.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 40 de 44

Anexo IV – Fluxo de comunicação e escalonamento das intercorrências



Figura 7.3 – Escalonamento das intercorrências

Quadro 7.8 – Escalonamento das intercorrências por tipo

Tipo de intercorrência	Comunicação imediata	Escalonamento	Registro e prazo	Notificação externa
Clínica (piora, escore de alerta, parada cardiorrespiratória, resultado crítico, evasão, óbito)	Enfermeiro de referência → médico da área; Time de Resposta Rápida nos critérios do protocolo	Enfermeiro supervisor e coordenador médico do plantão; Coordenação e Diretoria Técnica nos eventos graves	Prontuário, com horário e conduta, imediatamente; livro de ocorrências no plantão	Óbito e agravos: vigilância e Comissão de Revisão de Óbitos; evasão de usuário grave: autoridade competente

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 41 de 44

Tipo de intercorrência	Comunicação imediata	Escalonamento	Registro e prazo	Notificação externa
Incidente de segurança do paciente (evento adverso, quase-erro, erro de medicação, queda, lesão por pressão, identificação)	Enfermeiro de referência; médico quando houver dano	Enfermeiro supervisor; NSP em até 24 h; Coordenação nos eventos com dano	Prontuário (fato e conduta, sem juízo de valor); notificação interna em 24 h	Anvisa (Notivisa) nos prazos da RDC nº 36/2013; mensal até o 15º dia útil; 72 h se óbito
Operacional (insumo, equipamento, sistema, ausência, superlotação, transporte, vaga)	Enfermeiro de referência → enfermeiro supervisor	Farmácia, almoxarifado, engenharia clínica, TI, Gente e Gestão, regulação; plano de contingência do capítulo 2 da Proposta Técnica; Coordenador Administrativo e, se persistir, Gerente da Unidade em sobreaviso administrativo	Livro de ocorrências no plantão; contingência de registros do capítulo 5 da Proposta Técnica quando o sistema cair	Secretaria Municipal da Saúde nas situações previstas no Termo de Colaboração (superlotação, indisponibilidade prolongada)
Violência e conflito (agressão, conflito ético, recusa com risco, suspeita de violência contra usuário)	Enfermeiro supervisor e segurança patrimonial; médico na recusa com risco	Coordenação e Diretoria Geral de imediato; Comissão de Ética de Enfermagem nos conflitos éticos; serviço social	Livro de ocorrências e prontuário (recusa com assinatura); registro da agressão para boletim de ocorrência	Autoridade policial; notificação compulsória de violência (SINAN); Conselho Tutelar; Coren-TO via CEEn

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 42 de 44

Anexo V – Ciclo de supervisão e educação permanente e matriz de capacitação da enfermagem



Figura 7.4 – Ciclo de supervisão e educação permanente

A matriz abaixo relaciona as capacitações específicas da enfermagem, com a carga horária e a periodicidade mínimas, dentro da carga anual do capítulo 25 da Proposta Técnica (75 horas para enfermeiros e 53 horas para técnicos de enfermagem); os demais temas comuns a todas as categorias – humanização, segurança do trabalho, resíduos, proteção de dados, uso dos equipamentos – constam da matriz geral daquele item.

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 43 de 44

Quadro 7.9 – Capacitações específicas da enfermagem

Capacitação	Público	Carga horária	Periodicidade	Responsável
Integração institucional e à área (fluxos, protocolos, prontuário, Regimento, Código de Ética)	Todos, na admissão	10 h (4 h institucionais + 6 h no setor)	Uma vez, antes do primeiro plantão	NEPES e enfermeiro supervisor
Acolhimento com classificação de risco no protocolo adotado, com plantões supervisionados	Enfermeiros classificadores	16 h + 3 plantões supervisionados	Inicial; recertificação anual de 4 h	Enfermeiro de referência da classificação e NEPES
Protocolos tempo-dependentes (dor torácica, AVC, sepse, trauma) com simulação realística	Enfermeiros e técnicos	Enfermeiros 8 h; técnicos 4 h	Anual	Diretor Técnico e Coordenação de Enfermagem
Suporte básico de vida e carro de emergência	Técnicos de enfermagem (os enfermeiros fazem o SBV dentro do suporte avançado)	6 h	Anual	NEPES
Suporte avançado de vida, ventilação mecânica e drogas vasoativas	Enfermeiros	8 h anuais; 16 h na formação inicial dos enfermeiros da sala de estabilização e dos supervisores (carga adicional do primeiro ano)	Inicial; atualização anual	Diretoria Técnica e NEPES
Escores de alerta precoce (NEWS e PEWS) e Time de Resposta Rápida	Enfermeiros e técnicos	4 h	Anual	NSP e Coordenação de Enfermagem
Urgência pediátrica: PEWS, cálculo de doses e manejo da criança grave	Equipe da observação pediátrica	8 h	Inicial; atualização anual de 4 h	Pediatria e NEPES
Processo de Enfermagem, registros e passagem de plantão (ISBAR)	Enfermeiros e técnicos	4 h	Anual	Coordenação de Enfermagem
Segurança do paciente: metas internacionais, medicação segura e notificação de incidentes	Enfermeiros e técnicos	4 h	Anual	NSP
Higiene das mãos, precauções e prevenção de infecção	Enfermeiros e técnicos	2 h	Semestral	CCIRAS

REGIMENTO

REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.ENF.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 44 de 44

Capacitação	Público	Carga horária	Periodicidade	Responsável
Atendimento pré-hospitalar de suporte básico e equipamentos da ambulância Tipo B	Técnicos do transporte sanitário	16 h	Inicial; atualização anual de 8 h	NEPES e Coordenação de Enfermagem
Comunicação com o usuário e a família, manejo de conflitos e prevenção da violência	Enfermeiros e técnicos	2 h	Anual	NEPES e serviço social
Programa de Desenvolvimento de Líderes (gestão de equipes, escalas, indicadores, feedback)	Enfermeiros supervisores e potenciais sucessores	24 h	Inicial; módulos anuais	Gente e Gestão da sede

ÁREA DE ATIVIDADE · INSTRUMENTOS DE GESTÃO

8 Proposta de regimento do corpo clínico

O Quadro 6 do Termo de Referência fixa, para cada UPA, a cobertura médica mínima obrigatória: dezesseis plantões de clínica médica, dois de pediatria e dois de ortopedia por dia, mais o plantão diurno de ultrassonografia – 20 postos de doze horas que, cobertos em todos os dias do mês, somam cerca de 608 plantões mensais em cada unidade. É a maior escala das UPAs em número de plantões e a que mais depende de um corpo clínico organizado: médicos habilitados e credenciados, escala fechada com antecedência, substituto garantido para cada ausência, direção técnica presente e responsável perante o Conselho Regional de Medicina, e uma instância própria – a Comissão de Ética Médica – para as questões éticas. O regimento apresentado nesta parte organiza tudo isso.

8.1 Como o regimento está organizado

Como o regimento do serviço de enfermagem do capítulo 7, este documento é uma norma de 2º nível na hierarquia da Norma de Gestão de Documentos do ISAC (Norma Zero, NOR.GQ.SED.001, versão 02), no modelo do seu Anexo VIII, com o código REG.DIRTE.SED.001 (regimento, Diretoria Técnica, documento da sede aplicável às unidades geridas), confirmado pela Gerência de Qualidade na publicação. A Resolução CFM nº 1.481/1997 exige que o regimento do corpo clínico seja aprovado pelos próprios médicos; por isso o texto, aprovado pelo ISAC como norma institucional antes do início da operação, é submetido à homologação da assembleia do corpo clínico de cada UPA nos primeiros 90 dias, com comunicação ao CRM-TO. O Quadro 8.1 resume o conteúdo de cada capítulo.

Quadro 8.1 – Estrutura do Regimento do Corpo Clínico

Capítulo	Conteúdo
I – Natureza, finalidade e campo de aplicação	O que é o corpo clínico de cada UPA, a que se destina e a quem se aplica
II – Princípios e base normativa	Autonomia e responsabilidade médicas, e a relação das leis e resoluções do CFM que o regimento observa
III – Composição do corpo clínico	Categorias de membros (efetivos, de cobertura, cedidos e temporários), especialidades e vínculos
IV – Admissão, permanência e desligamento	Credenciamento individual, documentos e conferência da habilitação, termo de adesão e integração, avaliação semestral, cadastro anual, inatividade, desligamento a pedido, por desempenho e por falta grave
V – Direitos e deveres	Direitos assegurados ao médico e deveres do plantonista de uma UPA, inclusive passagem de plantão, registro, regulação e permanência até a chegada do substituto
VI – Direção técnica e direção clínica	Diretor Técnico (Responsável Técnico Médico, registrado no CRM-TO), Diretor Clínico eleito, coordenador médico do plantão e referências de especialidade, com competências e substituições
VII – Escalas, substituições, sobreaviso e cobertura	Cobertura mínima do Quadro 6, postos por turno, elaboração e publicação da escala, trocas, substituição pela pessoa jurídica, sobreaviso e sequência de cobertura das ausências
VIII – Assembleia e reuniões	Assembleia do corpo clínico, eleições, reuniões clínicas e discussão de casos

Capítulo	Conteúdo
IX – Comissão de Ética Médica e questões éticas	CEM de cada UPA (Resolução CFM nº 2.152/2016), garantias de autonomia e o encaminhamento das questões éticas, técnicas e administrativas
X – Regime disciplinar e contratual	Infrações, medidas aplicáveis ao credenciamento e ao contrato, garantias e recurso
XI – Indicadores do corpo clínico	Indicadores apurados pela Diretoria Técnica, com metas
XII – Disposições finais	Aprovação, homologação pela assembleia, publicação, revisão, casos omissos e vigência
Anexos I a V	Organograma da direção médica; postos médicos por turno e escala; fluxo e documentos do credenciamento; cobertura das ausências; encaminhamento das questões éticas

8.2 Decisões de organização que o regimento consolida

- **Credenciamento individual e contratação por pessoa jurídica.** O médico é credenciado ao corpo clínico da UPA em seu próprio nome – diploma, registro ativo no CRM-TO, Registro de Qualificação de Especialista para pediatras, ortopedistas e ultrassonografistas, experiência em urgência, suporte avançado de vida e certidão ética –, e presta serviço por pessoa jurídica registrada no CRM-TO, que responde contratualmente pelo comparecimento e pela indicação de substituto credenciado. O chamamento para credenciamento fica permanentemente aberto no Portal de Vagas, para que a lista de credenciados tenha sempre folga de pelo menos 20% sobre a escala.
- **Um Diretor Técnico por UPA, que é o Responsável Técnico Médico.** Cada unidade tem CNES próprio e, portanto, Diretor Técnico próprio, registrado como tal no CRM-TO na forma da Resolução CFM nº 2.147/2016, com experiência mínima de doze meses em urgência (comprovada na forma do item V.3.6 do Anexo V), jornada diária e sobreaviso nas 24 horas. Ele exerce a coordenação médica da unidade e designa, em cada plantão, o coordenador médico do plantão – o mesmo delegado que os capítulos 7 e 24 já preveem para a cobertura de ausências e para as intercorrências.
- **Um Diretor Clínico eleito em cada UPA.** Com mais de trinta médicos por unidade, o corpo clínico elege o seu Diretor Clínico e o vice, com mandato de dois anos, que o representam perante a direção e o CRM-TO e convocam a eleição da Comissão de Ética Médica, como o regimento da CEM do capítulo 14 já estabelece. O Diretor Técnico não pode ser candidato.
- **Cobertura mínima do Quadro 6 em 100% dos plantões.** A escala é fechada até o dia 20 do mês anterior, publicada em mural com nome, especialidade e horário, e cada ausência segue uma sequência de cobertura em quatro níveis – substituto da pessoa jurídica, lista de cobertura, prorrogação do plantão anterior e redistribuição, Diretor Técnico em sobreaviso –, com o posto crítico recoberto em até duas horas. O médico não deixa o plantão antes da chegada do substituto, como determina o art. 9º do Código de Ética Médica, e o abandono de plantão é falta grave desde a primeira ocorrência.
- **Avaliação semestral com efeito no credenciamento.** O Diretor Técnico avalia cada médico a cada seis meses por indicadores objetivos – tempos por cor, adesão aos

protocolos do capítulo 10, qualidade dos registros apontada pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, retorno em 48 horas, pontualidade e manifestações da Ouvidoria –, com plano de melhoria antes de qualquer descredenciamento por desempenho.

- **Três vias para as questões que envolvem médicos.** As questões éticas vão à Comissão de Ética Médica, autônoma e vinculada ao CRM-TO; as técnico-assistenciais, ao Diretor Clínico e ao Diretor Técnico, com as comissões de prontuário, de óbitos e o Núcleo de Segurança do Paciente; as administrativas e contratuais, ao Diretor Técnico e à Diretoria Geral, pela Política de Consequências do ISAC e pelo contrato. As vias são independentes e nenhuma retaliação é admitida contra quem comunica um fato.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 1 de 34

8.3 Regimento do Corpo Clínico das UPAs 24h Norte e Sul de Palmas

Código REG.DIRTE.SED.001 · versão 00 (minuta) · documento de 2º nível (norma) na hierarquia da Norma Zero, estruturado no modelo de regimento do Anexo VIII (capítulos, artigos, incisos e alíneas).

CAPÍTULO I – DA NATUREZA, DA FINALIDADE E DO CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 1º Este Regimento disciplina a constituição, a organização, o funcionamento, os direitos, os deveres e as responsabilidades do Corpo Clínico das Unidades de Pronto Atendimento 24h Norte – José de Souza Dourado (CNES 2755289) e Sul – Gerson Pires de Aguiar (CNES 2492555), do Município de Palmas, Tocantins, geridas pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC) por Termo de Colaboração celebrado com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, e as suas relações com a direção das unidades, com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO) e com os demais serviços.

Art. 2º O Corpo Clínico de cada UPA é o conjunto dos médicos que, credenciados na forma deste Regimento, assumem solidariamente a responsabilidade pela assistência médica aos usuários da unidade, nas 24 horas do dia, com autonomia profissional, técnica, científica e ética, respeitadas as normas administrativas da unidade e do ISAC.

Parágrafo único. A UPA Norte e a UPA Sul têm Corpo Clínico, Diretor Técnico, Diretor Clínico, escala médica e Comissão de Ética Médica próprios; o médico credenciado em uma unidade que pretenda atuar na outra credencia-se também nela, pelo mesmo procedimento, sem prejuízo do aproveitamento dos documentos já apresentados.

Art. 3º O Corpo Clínico tem por finalidade:

I – prestar atendimento médico a todo usuário que tiver acesso à unidade, na ordem definida pela classificação de risco e dentro dos tempos-alvo do Anexo II do Termo de Referência, como determina o art. 4º da Resolução CFM nº 2.079/2014;

II – estabilizar, tratar, observar por até 24 horas e dar alta ou transferir, de forma regulada, os usuários em situação de urgência e emergência, nos limites da capacidade instalada de uma unidade de pronto atendimento;

III – aplicar os protocolos assistenciais do capítulo 10 da Proposta Técnica e as diretrizes clínicas adotadas nas unidades;

IV – registrar de forma completa a assistência prestada, com a identificação dos médicos envolvidos;

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 2 de 34

V – cooperar com a direção das unidades, com as comissões e núcleos do capítulo 14 da Proposta Técnica e com os demais profissionais para a qualidade e a segurança do atendimento;

VI – zelar pelo exercício ético da medicina e pelo cumprimento do Código de Ética Médica;

VII – participar da educação permanente, do ensino e da discussão de casos.

Art. 4º Este Regimento aplica-se a todos os médicos que atuem nas UPAs Norte e Sul, qualquer que seja o vínculo – credenciados por pessoa jurídica, empregados do ISAC, servidores públicos municipais disponibilizados na forma do capítulo 24 do Termo de Referência, médicos de outras unidades do ISAC em atuação temporária e médicos residentes ou estudantes em estágio autorizado –, e subordina-se ao Regimento Interno da unidade (capítulo 6 da Proposta Técnica), às políticas e normas do ISAC, ao Termo de Colaboração e às resoluções do Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO II – DOS PRINCÍPIOS E DA BASE NORMATIVA

Art. 5º O exercício da medicina nas UPAs Norte e Sul orienta-se pelos seguintes princípios:

I – a autonomia do médico na decisão diagnóstica e terapêutica, nos limites da ética, das evidências e dos protocolos adotados pela unidade;

II – a responsabilidade solidária do Corpo Clínico pela continuidade do atendimento, que não se interrompe entre um plantão e outro nem entre um médico e outro;

III – a prioridade clínica, definida pela classificação de risco, como critério de atendimento;

IV – a segurança do paciente e a cultura de notificação e análise dos incidentes, sem punição do erro honesto;

V – o registro completo e contemporâneo da assistência, como instrumento de continuidade, de defesa do médico e de prestação de contas;

VI – a comunicação estruturada com a equipe, com o usuário e a família e com a regulação;

VII – a valorização, a proteção e o desenvolvimento profissional dos médicos.

Art. 6º O Corpo Clínico observa, além das normas citadas nos demais capítulos:

I – Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, e Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 – Conselhos de Medicina;

II – Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 – exercício da medicina;

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 3 de 34

III – Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980 – registro das empresas prestadoras de serviços médicos no conselho profissional;

IV – Resolução CFM nº 2.217/2018 – Código de Ética Médica, com as alterações das Resoluções CFM nº 2.222/2018 e nº 2.226/2019;

V – Resolução CFM nº 1.481/1997 – normas para os regimentos internos dos corpos clínicos;

VI – Resolução CFM nº 2.147/2016 – atribuições e responsabilidades do Diretor Técnico e do Diretor Clínico;

VII – Resolução CFM nº 2.079/2014 – normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento 24h e congêneres;

VIII – Resolução CFM nº 2.152/2016 – organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica;

IX – Resolução CFM nº 2.056/2013, com os anexos alterados pela Resolução CFM nº 2.153/2016 – condições de funcionamento dos estabelecimentos médicos e fiscalização;

X – Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 1.821/2007 – prontuário do paciente, Comissão de Revisão de Prontuários e prontuário eletrônico;

XI – Resolução CFM nº 2.314/2022 – telemedicina;

XII – Portaria GM/MS nº 10/2017 – Unidades de Pronto Atendimento 24h; Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 – regulação e atenção às urgências;

XIII – RDC Anvisa nº 36/2013 – segurança do paciente e notificação de eventos adversos;

XIV – Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – proteção de dados pessoais;

XV – Política de Gestão de Pessoas, Regulamento de Contratação de Pessoal, Política de Consequências, Código de Ética e Conduta e Norma de Gestão de Documentos do ISAC.

Parágrafo único. As normas aplicam-se na redação vigente; a atualização de qualquer delas é incorporada pela Diretoria Técnica, com comunicação ao Corpo Clínico, independentemente da revisão deste Regimento.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 4 de 34

Art. 7º O Corpo Clínico de cada UPA compõe-se de médicos habilitados nas seguintes áreas, correspondentes aos postos da cobertura médica mínima do Quadro 6 do Termo de Referência:

I – clínica médica, para o primeiro atendimento, a reavaliação, a observação adulta e a sala de estabilização;

II – pediatria, para o atendimento das crianças menores de 2 anos e das classificadas como amarelas ou laranjas, a observação pediátrica e a criança admitida na sala de estabilização, na forma do capítulo 18 da Proposta Técnica;

III – ortopedia e traumatologia, para o atendimento das urgências ortopédicas, as imobilizações e os aparelhos gessados;

IV – radiologia e diagnóstico por imagem ou ultrassonografia, para os exames ultrassonográficos do plantão diurno;

V – outras especialidades ou áreas de atuação que a Secretaria Municipal da Saúde pactuar ou que os projetos de incremento do capítulo 13 da Proposta Técnica vierem a incorporar, como a telecardiologia e a telemedicina.

§ 1º O médico clínico é o médico com registro no CRM-TO, com ou sem título de especialista, habilitado ao atendimento de urgência de adultos; o pediatra, o ortopedista e o ultrassonografista comprovam a especialidade por Registro de Qualificação de Especialista no CRM-TO, admitida, para o ultrassonografista, a habilitação em área de atuação reconhecida.

§ 2º O médico atua exclusivamente na área para a qual foi credenciado, ressalvadas as situações de emergência em que a omissão implique risco de vida, quando presta o atendimento inicial e aciona o colega da área.

Art. 8º Os membros do Corpo Clínico distribuem-se nas seguintes categorias:

I – **membros efetivos**: médicos credenciados que cumprem plantões regulares na escala da unidade, com o mínimo de quatro plantões por mês em média no semestre;

II – **membros de cobertura**: médicos credenciados que integram a lista de cobertura da unidade e são acionados nas substituições e nas contingências, sem plantões fixos;

III – **membros cedidos**: servidores públicos municipais disponibilizados na forma do capítulo 24 do Termo de Referência, integrados à escala, à supervisão e à educação permanente nas mesmas condições dos demais, preservado o seu regime funcional;

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 5 de 34

IV – **membros temporários**: médicos de outras unidades do ISAC ou contratados por prazo determinado para a transição, as contingências e as coberturas prolongadas, credenciados pelo rito simplificado do Capítulo IV, pelo prazo da necessidade.

§ 1º Os médicos que ocupam a Direção Técnica e a Direção Clínica integram o Corpo Clínico; o Diretor Técnico pode ser médico não credenciado à escala assistencial, na forma da Resolução CFM nº 2.147/2016.

§ 2º Têm direito a voto na assembleia do Corpo Clínico e podem ser votados os membros efetivos e os membros cedidos com no mínimo seis meses de atuação na unidade e situação regular no CRM-TO; os demais membros participam com voz.

§ 3º Os médicos residentes e os estudantes de medicina em estágio autorizado pela Secretaria Municipal da Saúde não integram o Corpo Clínico, atuam sob supervisão de preceptor médico credenciado e não substituem médico da escala.

Art. 9º O vínculo do médico com a unidade é, em regra, o de prestação de serviços por pessoa jurídica registrada no CRM-TO, na forma da Lei nº 6.839/1980, por contrato que estabelece os plantões, a remuneração, a obrigação de comparecimento e de indicação de substituto credenciado, as penalidades e as condições de encerramento, sem prejuízo dos vínculos empregatício e estatutário admitidos no art. 7º e no artigo anterior.

Parágrafo único. Qualquer que seja o vínculo, o médico é cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da unidade em que atua, com a carga horária real, registra a presença no ponto eletrônico e consta da escala publicada, como exigem os itens 9.7.1.1 e 10.1 do Termo de Referência.

CAPÍTULO IV – DA ADMISSÃO, DA PERMANÊNCIA E DO DESLIGAMENTO

Seção I – Do credenciamento

Art. 10 O ingresso no Corpo Clínico dá-se por credenciamento individual, requerido pelo médico ao Diretor Técnico da unidade em resposta ao chamamento permanente publicado no Portal de Vagas do ISAC, que divulga os requisitos, os documentos, os critérios objetivos de análise e a forma de distribuição dos plantões, na forma da Política de Gestão de Pessoas e do capítulo 24 da Proposta Técnica.

Art. 11 O pedido de credenciamento é instruído com:

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 6 de 34

I – ficha de credenciamento preenchida e currículo atualizado, com a experiência em urgência e emergência;

II – diploma de graduação em Medicina, registrado, ou, para o médico formado no exterior, o diploma revalidado;

III – comprovante de inscrição ativa no CRM-TO e certidão de regularidade e de ausência de penalidade ético-profissional, emitida há no máximo 90 dias;

IV – Registro de Qualificação de Especialista no CRM-TO, para pediatria, ortopedia e traumatologia e radiologia e diagnóstico por imagem ou ultrassonografia;

V – certificado válido de suporte avançado de vida em cardiologia e, para o pediatra, de suporte avançado de vida em pediatria, ou compromisso de obtê-lo em até seis meses;

VI – certificado de suporte avançado ao trauma, desejável para os clínicos da sala de estabilização;

VII – contrato social ou ato constitutivo, cartão CNPJ, certidões de regularidade fiscal e comprovante de registro no CRM-TO da pessoa jurídica pela qual prestará o serviço;

VIII – declaração de ciência deste Regimento, dos protocolos assistenciais e do Código de Ética e Conduta do ISAC, e de inexistência de impedimento ou vedação do Termo de Colaboração.

Art. 12 Compete ao Diretor Técnico certificar-se da regular habilitação do médico no CRM-TO e da sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, como determina a Resolução CFM nº 2.147/2016, analisar o currículo, entrevistar o candidato e, quando necessário, aplicar prova de conhecimentos sobre urgência e emergência e sobre os protocolos das unidades; o parecer do Diretor Técnico é homologado pela Diretoria Geral das UPAs em até quinze dias do pedido completo.

§ 1º A relação dos médicos credenciados, por unidade e especialidade, é publicada no Portal de Vagas e atualizada a cada alteração; a pasta de credenciamento de cada médico fica sob guarda da Diretoria Técnica, à disposição do CRM-TO e da Secretaria Municipal da Saúde.

§ 2º Na mobilização inicial da parceria, o credenciamento é conduzido pelo Diretor Técnico com a comissão de seleção designada pela Presidência do ISAC, pelo rito simplificado do Regulamento de Contratação de Pessoal, preservadas a análise curricular, a entrevista e a comprovação documental.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 7 de 34

§ 3º O credenciamento de membro temporário observa os mesmos documentos, dispensada a prova, e vale pelo prazo da necessidade, prorrogável.

Art. 13 O médico credenciado, antes do primeiro plantão, assina o termo de adesão a este Regimento, aos protocolos assistenciais do capítulo 10 da Proposta Técnica e ao Código de Ética e Conduta do ISAC, o termo de confidencialidade e proteção de dados e o termo de responsabilidade pelas senhas e sistemas, é cadastrado no CNES da unidade e conclui a integração institucional e à área – fluxos, prontuário eletrônico, protocolos, regulação, transporte sanitário e segurança do paciente –, registrada pelo Núcleo de Educação Permanente e Estágio em Saúde (NEPES).

Seção II – Da permanência

Art. 14 A permanência no Corpo Clínico depende de:

I – manutenção da inscrição ativa e da regularidade no CRM-TO, com atualização anual do cadastro e da certidão de regularidade, no mês de aniversário do credenciamento;

II – cumprimento dos plantões escalados e das regras de substituição do Capítulo VII;

III – resultado satisfatório na avaliação semestral de desempenho ou cumprimento do plano de melhoria;

IV – participação nas capacitações obrigatórias do capítulo 25 da Proposta Técnica e na integração às mudanças de protocolo;

V – observância deste Regimento, do Código de Ética Médica e das normas do ISAC;

VI – para o membro efetivo, o mínimo de plantões do art. 8º.

Art. 15 O Diretor Técnico avalia cada médico a cada seis meses, com base em indicadores objetivos apurados por unidade: tempo entre a classificação e o primeiro atendimento médico nas cores sob sua responsabilidade; adesão aos protocolos de dor torácica, acidente vascular cerebral, sepse e trauma; qualidade e completude dos registros, apontadas pela Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; taxa de retorno em 48 horas dos usuários atendidos; pontualidade e cumprimento integral dos plantões; e manifestações dos usuários registradas pela Ouvidoria.

§ 1º O resultado é apresentado ao médico em conversa individual e registrado no formulário do capítulo 24 da Proposta Técnica; o médico pode manifestar-se por escrito em dez dias.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 8 de 34

§ 2º O médico com resultado insatisfatório recebe plano de melhoria com prazo de até seis meses, apoio da coordenação da área e recapacitação pelo NEPES; persistindo o resultado insatisfatório na reavaliação, o credenciamento é encerrado na forma da Seção III.

§ 3º O resultado da avaliação é um dos critérios de distribuição dos plantões entre os credenciados, junto com a disponibilidade declarada e a especialidade, conforme os critérios publicados no chamamento para credenciamento (capítulo 24 da Proposta Técnica).

Art. 16 O médico que permanecer seis meses sem cumprir plantão na unidade tem o cadastro inativado; a reativação depende da atualização dos documentos e de nova integração.

Seção III – Do desligamento

Art. 17 O credenciamento encerra-se:

I – a pedido do médico, com aviso prévio de trinta dias, cumpridos os plantões já escalados ou indicado o substituto credenciado, na forma do contrato;

II – por resultado insatisfatório persistente na avaliação de desempenho, após o plano de melhoria;

III – por perda ou suspensão da inscrição no CRM-TO, ou por penalidade ético-profissional que impeça o exercício na unidade;

IV – por inatividade, na forma do artigo anterior, depois de doze meses sem reativação;

V – por falta grave, apurada na forma do Capítulo X;

VI – por extinção do contrato de prestação de serviços ou do vínculo que fundamenta o credenciamento;

VII – por encerramento ou redução do posto na escala, decorrente de alteração do dimensionamento pactuada com a Secretaria Municipal da Saúde, observada a ordem inversa da avaliação de desempenho.

§ 1º O encerramento por iniciativa do ISAC é decidido pelo Diretor Técnico, homologado pela Diretoria Geral das UPAs e comunicado por escrito ao médico, com os motivos, garantidos a manifestação prévia em dez dias e o recurso à Diretoria Geral em igual prazo, com efeito suspensivo, salvo na falta grave.

§ 2º O encerramento não interrompe os procedimentos éticos em curso na Comissão de Ética Médica e no CRM-TO, nem exime a pessoa jurídica das obrigações contratuais pendentes.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 9 de 34

§ 3º O médico desligado é excluído da relação de credenciados, da escala e do CNES da unidade no prazo de cinco dias úteis.

CAPÍTULO V – DOS DIREITOS E DOS DEVERES

Art. 18 São direitos dos membros do Corpo Clínico:

I – exercer a medicina com autonomia técnica, científica e ética, sem interferência na decisão diagnóstica e terapêutica, nos limites do Código de Ética Médica e dos protocolos adotados;

II – dispor das condições de trabalho, dos equipamentos, dos medicamentos, dos exames e dos meios de comunicação com a regulação necessários ao atendimento, e recorrer ao Diretor Técnico e à Comissão de Ética Médica quando faltarem;

III – conhecer a escala com antecedência, na forma do Capítulo VII, e ter o seu plantão coberto quando impedido por motivo justificado;

IV – receber a remuneração dos plantões cumpridos nas condições e nos prazos do contrato;

V – ter acesso ao prontuário eletrônico, aos protocolos, às normas e às informações necessárias ao atendimento;

VI – participar da assembleia do Corpo Clínico, votar e ser votado, na forma do Capítulo VIII;

VII – participar da educação permanente, das reuniões clínicas e das comissões, e propor melhorias à assistência;

VIII – ser avaliado por critérios objetivos e conhecidos, com devolutiva individual e direito de manifestação;

IX – ter garantidos o contraditório e a ampla defesa em qualquer apuração, e ser protegido contra a retaliação por comunicar irregularidades ou notificar incidentes;

X – ser protegido contra a violência no trabalho, com o acolhimento e o apoio jurídico e psicológico das normas do ISAC;

XI – recusar a prática de ato que contrarie o Código de Ética Médica, comunicando o fato ao Diretor Técnico e à Comissão de Ética Médica.

Art. 19 São deveres dos membros do Corpo Clínico, além dos previstos no Código de Ética Médica e nas resoluções do Conselho Federal de Medicina:

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 10 de 34

I – atender todo usuário que lhe for encaminhado pela classificação de risco, na ordem de prioridade e dentro dos tempos-alvo, inclusive os classificados como verdes e azuis, como determina a Resolução CFM nº 2.079/2014;

II – comparecer ao plantão no horário escalado, registrar a presença no ponto eletrônico e permanecer na unidade até a chegada e a ciência do substituto, não abandonando o plantão em nenhuma hipótese sem a presença deste, na forma do art. 9º do Código de Ética Médica;

III – realizar a passagem de plantão médico a médico, tomando conhecimento e transmitindo o quadro clínico de todos os usuários em estabilização, em observação e em espera por decisão, como exige o art. 8º da Resolução CFM nº 2.079/2014, e registrá-la na forma do Capítulo VII;

IV – registrar de forma completa, legível e contemporânea, no prontuário eletrônico, a anamnese, o exame, a hipótese diagnóstica, a conduta, as prescrições, as evoluções, os horários dos marcos dos protocolos tempo-dependentes, as orientações de alta e a sua identificação, como exigem o art. 9º da Resolução CFM nº 2.079/2014 e a Resolução CFM nº 1.638/2002, vedado o uso de senha de terceiro;

V – reavaliar os usuários em observação no mínimo a cada seis horas e sempre que acionado pela enfermagem, e decidir a alta, a permanência ou a transferência antes de 24 horas de permanência;

VI – solicitar a transferência dos usuários que excedam a capacidade da unidade ao Complexo Regulador Estadual, dialogando com o médico regulador e fornecendo informações completas, como determina o art. 10 da Resolução CFM nº 2.079/2014, e registrar o horário da solicitação e a resposta;

VII – aplicar os protocolos assistenciais do capítulo 10 da Proposta Técnica e as padronizações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, registrando a justificativa clínica quando deles se afastar;

VIII – comunicar ao coordenador médico do plantão e ao Diretor Técnico a superlotação, a falta de leitos, de equipamentos, de medicamentos ou de condições de atendimento, como prevê o art. 17 da Resolução CFM nº 2.079/2014, e registrar a comunicação;

IX – notificar os incidentes de segurança do paciente ao Núcleo de Segurança do Paciente, os agravos de notificação compulsória à vigilância e os óbitos à Comissão de Revisão de Óbitos, e emitir a declaração de óbito nos casos previstos na legislação;

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 11 de 34

X – comunicar as más notícias ao usuário e à família pessoalmente, em ambiente reservado, com a presença do enfermeiro de referência;

XI – tratar os usuários, os acompanhantes e os demais profissionais com urbanidade e respeito, sem qualquer forma de discriminação, assédio ou violência;

XII – guardar o sigilo profissional e proteger os dados pessoais dos usuários, na forma da Lei nº 13.709/2018;

XIII – manter a inscrição e as obrigações perante o CRM-TO em dia, atualizar o cadastro anualmente e comunicar ao Diretor Técnico qualquer alteração da sua situação profissional;

XIV – participar das capacitações obrigatórias, das reuniões clínicas e da assembleia do Corpo Clínico, e colaborar com as comissões e os núcleos quando designado;

XV – apresentar-se ao plantão com o uniforme ou jaleco e o crachá de identificação, observadas as normas de biossegurança;

XVI – não receber vantagem de qualquer espécie de usuário, acompanhante ou fornecedor em razão da função, nem encaminhar usuários a serviços privados de seu interesse;

XVII – cumprir este Regimento, o Regimento Interno da unidade e as normas do ISAC.

Art. 20 O médico não pode ser deslocado do seu posto, durante o plantão, para atendimento fora da unidade; a assistência ao usuário transportado pela ambulância de suporte básico é prestada pelo técnico de enfermagem da tripulação, e a remoção que exija médico a bordo é solicitada ao SAMU 192, na forma do capítulo 11 da Proposta Técnica.

CAPÍTULO VI – DA DIREÇÃO TÉCNICA E DA DIREÇÃO CLÍNICA

Seção I – Do Diretor Técnico e Responsável Técnico Médico

Art. 21 Cada UPA tem um Diretor Técnico, médico designado pela Presidência do ISAC por indicação da Diretoria Geral das UPAs, que é o Responsável Técnico Médico da unidade perante o CRM-TO, a Secretaria Municipal da Saúde, a vigilância sanitária e as demais autoridades, na forma da Resolução CFM nº 2.147/2016 e do item 7.3 do Termo de Referência.

§ 1º O Diretor Técnico é registrado como responsável técnico da unidade no CRM-TO, junto com a inscrição do estabelecimento, antes do início da operação, e a Certidão de Responsabilidade Técnica é mantida em local visível ao público; a designação e a substituição

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 12 de 34

são comunicadas previamente à Secretaria Municipal da Saúde, e a substituição só se dá por médico de qualificação equivalente ou superior, na forma do Termo de Colaboração.

§ 2º São requisitos para a função: inscrição ativa no CRM-TO, sem penalidade ético-profissional; experiência mínima de doze meses em serviço de urgência e emergência, comprovada na forma do item V.3.6 do Anexo V do Termo de Referência; e, preferencialmente, experiência em gestão de serviços de saúde e pós-graduação em urgência e emergência ou em gestão em saúde.

§ 3º O Diretor Técnico cumpre jornada diária, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo, e permanece em sobreaviso nas 24 horas, com escala de sobreaviso compartilhada com o Diretor Clínico ou com médico por ele designado; a direção técnica é exercida presencialmente, como exige a Resolução CFM nº 2.147/2016.

§ 4º Nas ausências e impedimentos, o Diretor Técnico é substituído por médico designado pela Diretoria Geral das UPAs e registrado como substituto no CRM-TO.

§ 5º O Diretor Técnico é exclusivo da sua unidade e não acumula a Direção Técnica da outra UPA, a Direção Clínica nem a Comissão de Ética Médica.

§ 6º O Diretor Técnico de cada UPA tem registro ativo no CRM-TO; o número de inscrição consta do ato de designação apresentado no Plano de Trabalho e da Certidão de Responsabilidade Técnica emitida pelo CRM-TO, afixada na unidade.

Art. 22 Compete ao Diretor Técnico, além das atribuições fixadas na Resolução CFM nº 2.147/2016:

I – zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor e responder pelas condições de funcionamento da unidade perante o CRM-TO;

II – assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica – equipamentos, medicamentos, exames, transporte, comunicação com a regulação –, comunicando por escrito à Diretoria Geral as deficiências e as providências, e respondendo pelas faltas éticas decorrentes de deficiências materiais da unidade;

III – exercer a coordenação médica da unidade: elaborar, aprovar e publicar a escala médica, designar os coordenadores médicos de plantão e as referências de especialidade, e garantir a cobertura mínima do Quadro 6 do Termo de Referência em todos os plantões, sem lacunas nas 24 horas;

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 13 de 34

IV – tomar as providências para solucionar a ausência de plantonistas, na forma do Capítulo VII;

V – conduzir o credenciamento, certificar-se da habilitação e da qualificação dos médicos e das pessoas jurídicas no CRM-TO, manter as pastas de credenciamento e a relação de credenciados, e decidir sobre a permanência e o desligamento na forma do Capítulo IV;

VI – avaliar semestralmente o desempenho dos médicos e conduzir os planos de melhoria;

VII – exigir dos plantonistas o registro completo da assistência no prontuário eletrônico e organizar os prontuários na forma das Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 1.821/2007, com a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

VIII – assegurar que todo usuário em observação tenha médico responsável identificado em cada plantão e que os plantonistas das áreas críticas não sejam deslocados para atendimento fora delas;

IX – disponibilizar o livro eletrônico de ocorrências aos médicos plantonistas e analisá-lo diariamente;

X – assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica e das demais comissões e núcleos do capítulo 14 da Proposta Técnica, e presidir ou integrar as que a norma lhe atribuir;

XI – aprovar, com a Diretoria Clínica, os protocolos assistenciais e as diretrizes clínicas, e articulá-los com o Núcleo de Segurança do Paciente, a CCIRAS e a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

XII – responder pela integração da unidade com o Complexo Regulador Estadual, a Central de Regulação das Urgências e os hospitais de referência, e pelos pactos de fluxo do capítulo 21 da Proposta Técnica;

XIII – suspender, integral ou parcialmente, as atividades médico-assistenciais da unidade quando faltarem as condições funcionais, na forma da Resolução CFM nº 2.056/2013, comunicando imediatamente a Diretoria Geral, a Secretaria Municipal da Saúde e o CRM-TO;

XIV – assegurar que os convênios de ensino e a atuação de residentes e estudantes observem as normas vigentes e a supervisão obrigatória;

XV – zelar para que a publicidade e a comunicação da unidade observem as normas do CFM;

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 14 de 34

XVI – apurar e apresentar mensalmente os indicadores do Capítulo XI, participar da reunião mensal de gestão da unidade e prestar as informações solicitadas pela Secretaria Municipal da Saúde e pelos órgãos de controle;

XVII – representar a unidade nas matérias médicas perante o CRM-TO, a Secretaria Municipal da Saúde, a vigilância sanitária e as instituições de ensino.

Seção II – Do Diretor Clínico

Art. 23 Cada UPA tem um Diretor Clínico e um vice-Diretor Clínico, eleitos pelo Corpo Clínico em chapa, por voto direto e secreto, para mandato de dois anos, admitida uma reeleição consecutiva, na forma da Resolução CFM nº 2.147/2016.

§ 1º A eleição é convocada pelo Diretor Técnico com antecedência mínima de trinta dias, conduzida por comissão eleitoral de três membros do Corpo Clínico e realizada até trinta dias antes do término do mandato; podem candidatar-se os membros com direito a voto, com no mínimo doze meses de atuação na unidade, quites com o CRM-TO e sem penalidade ético-profissional; o Diretor Técnico e os membros da Comissão de Ética Médica não podem candidatar-se.

§ 2º O resultado é registrado em ata, comunicado ao CRM-TO pelo Diretor Técnico com a documentação do pleito e publicado na unidade; na vacância da chapa, nova eleição é convocada em trinta dias, e o Diretor Técnico designa Diretor Clínico interino pelo período.

§ 3º A primeira eleição é realizada nos primeiros noventa dias de operação de cada unidade; até a posse, as competências do Diretor Clínico são exercidas por médico do Corpo Clínico designado pelo Diretor Técnico, com comunicação ao CRM-TO.

§ 4º O Diretor Clínico tem autonomia no desempenho de suas atribuições e não se subordina administrativamente ao Diretor Técnico; a função não é remunerada à parte, e o tempo dedicado é compatibilizado com a escala.

Art. 24 Compete ao Diretor Clínico, na forma da Resolução CFM nº 2.147/2016:

I – dirigir e coordenar o Corpo Clínico, representá-lo perante a Diretoria Técnica, a Diretoria Geral das UPAs, a Secretaria Municipal da Saúde e o CRM-TO, e notificar o Diretor Técnico sempre que necessário ao cumprimento de suas atribuições;

II – supervisionar a execução das atividades de assistência médica da unidade, comunicando ao Diretor Técnico as condições de funcionamento dos equipamentos,

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 15 de 34

o abastecimento de medicamentos e insumos e as demais deficiências que comprometam a prática médica;

III – zelar pelo cumprimento deste Regimento e pelas prerrogativas do Corpo Clínico;

IV – convocar e presidir a assembleia e as reuniões do Corpo Clínico, e encaminhar ao Diretor Técnico as suas decisões, inclusive o indicativo de suspensão de atividades por falta de condições;

V – convocar a eleição da Comissão de Ética Médica, na forma do regimento do capítulo 14 da Proposta Técnica, e assegurar-lhe apoio;

VI – participar da elaboração, da revisão e da aprovação dos protocolos assistenciais e das diretrizes clínicas, e promover a sua discussão no Corpo Clínico;

VII – coordenar as reuniões clínicas, a discussão de casos e as atividades de educação médica continuada, com o NEPES;

VIII – acompanhar, com o Diretor Técnico, os indicadores assistenciais do Corpo Clínico e propor medidas de melhoria;

IX – recepcionar os residentes e estudantes e assegurar a supervisão de suas atividades;

X – comunicar ao CRM-TO, quando necessário, as condições que comprometam o exercício ético da medicina.

Seção III – Da coordenação médica do plantão e das referências de especialidade

Art. 25 Em cada plantão diurno e noturno, a escala identifica o coordenador médico do plantão, médico clínico escalado que, como delegado do Diretor Técnico, responde pela continuidade do atendimento no turno e a quem compete:

I – conferir, no início do plantão, a presença dos médicos escalados em todos os postos e acionar de imediato a sequência de cobertura de ausências do Capítulo VII;

II – redistribuir a demanda e os médicos entre os postos conforme a espera por cor e a ocupação, sem descobrir a sala de estabilização e o primeiro atendimento;

III – decidir, com o enfermeiro supervisor do plantão, o acionamento do plano de contingência do capítulo 2 da Proposta Técnica e comunicar a superlotação e a falta de condições ao Diretor Técnico;

IV – coordenar a resposta médica às intercorrências e ao Time de Resposta Rápida, e apoiar os colegas nos casos de maior complexidade;

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 16 de 34

V – conduzir a passagem de plantão dos coordenadores e assegurar a passagem médico a médico em todos os postos;

VI – registrar no livro eletrônico de ocorrências as ausências, as coberturas, as intercorrências e as comunicações à regulação;

VII – representar a Diretoria Técnica perante a equipe, os usuários e as autoridades durante o plantão.

Parágrafo único. O coordenador médico do plantão é escolhido entre os membros efetivos com no mínimo seis meses de atuação na unidade e experiência em urgência, mantém o seu posto assistencial e recebe capacitação em gestão de plantão pelo NEPES.

Art. 26 O Diretor Técnico pode designar médicos de referência de especialidade – pediatria, ortopedia e ultrassonografia – e de área – sala de estabilização e observação –, responsáveis por apoiar a elaboração das escalas e dos protocolos da sua área, a integração dos novos credenciados, a discussão de casos e o acompanhamento dos indicadores, sem prejuízo das funções assistenciais.

CAPÍTULO VII – DAS ESCALAS, DAS SUBSTITUIÇÕES, DO SOBREAVISO E DA COBERTURA DAS AUSÊNCIAS

Seção I – Da cobertura médica e dos postos

Art. 27 A cobertura médica de cada UPA observa, como mínimo obrigatório em todos os dias do ano, o Quadro 6 do Termo de Referência, idêntico nas duas unidades:

I – clínica médica: 9 postos no plantão diurno e 7 no noturno – 16 plantões de doze horas por dia –, distribuídos entre o primeiro atendimento, a reavaliação, a observação adulta e a sala de estabilização na forma do Anexo II;

II – pediatria: 1 posto diurno e 1 noturno;

III – ortopedia e traumatologia: 1 posto diurno e 1 noturno;

IV – ultrassonografia: 1 posto diurno, em plantão de seis horas.

§ 1º Os plantões são de doze horas, das 7h às 19h e das 19h às 7h, exceto o de ultrassonografia; os postos correspondem a médicos presentes na unidade, e o sobreaviso não substitui a presença exigida pelo Quadro 6.

§ 2º A distribuição dos clínicos por área é ajustada pelo coordenador médico do plantão conforme a demanda, mantidos sempre ocupados o posto da sala de estabilização e os postos

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 17 de 34

de primeiro atendimento, que só cedem médico à observação ou à estabilização pelo tempo do reforço; a distribuição de referência é a do Anexo II, a mesma do capítulo 18 da Proposta Técnica.

§ 3º O acréscimo de postos, nos picos sazonais de abril e maio e de outubro e nas situações de contingência, é decidido pelo Diretor Técnico com a Diretoria Geral, com registro e comunicação à Secretaria Municipal da Saúde quando alterar o quadro pactuado.

Art. 28 A Diretoria Técnica mantém em cada unidade um número de médicos credenciados superior em pelo menos 20% ao necessário para cobrir a escala de cada especialidade, e acompanha mensalmente a concentração de plantões por médico, para que a escala não dependa de poucos nomes e para evitar jornadas excessivas.

Parágrafo único. Nenhum médico cumpre mais de 24 horas seguidas de plantão, nem mais de 60 horas semanais em média no mês na unidade, e entre dois plantões de 24 horas é observado intervalo mínimo de doze horas; os plantões extras para cobertura observam os mesmos limites.

Seção II – Da elaboração e da publicação da escala

Art. 29 A escala médica mensal de cada UPA é elaborada pelo Diretor Técnico, no sistema de gestão de escalas, com os médicos credenciados, fechada até o dia 20 do mês anterior e observa as seguintes regras:

I – parte dos postos por especialidade e turno do art. 27, e todo posto tem médico nominalmente designado em todos os plantões do mês antes da publicação;

II – identifica, em cada plantão, o coordenador médico do plantão e o seu substituto imediato;

III – distribui os plantões entre os credenciados pela disponibilidade declarada, pela especialidade e pelo resultado da avaliação semestral, segundo os critérios publicados no chamamento para credenciamento, e alterna os finais de semana e os feriados;

IV – escala apenas médicos com credenciamento vigente, cadastro atualizado e integração concluída, e, na sala de estabilização, médicos com suporte avançado de vida válido;

V – respeita os limites de jornada do art. 28;

VI – inclui, no momento da publicação, as capacitações do mês.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 18 de 34

§ 1º A escala é publicada até o dia 20 no sistema, enviada aos médicos e às pessoas jurídicas e afixada em mural de ampla visibilidade na recepção de cada unidade, com o nome, a especialidade e o horário de entrada e de saída de cada médico, como exige o item 10.1 do Termo de Referência; toda alteração é republicada no mesmo dia.

§ 2º A escala efetivamente cumprida é registrada ao final do mês e conferida com o ponto eletrônico, os relatórios de serviço das pessoas jurídicas e o CNES, e integra o relatório mensal de execução da parceria.

§ 3º Todos os médicos, qualquer que seja o vínculo, registram a entrada e a saída no ponto eletrônico; o coordenador médico do plantão acompanha em tempo real a presença dos escalados.

Seção III – Das trocas e das substituições

Art. 30 A troca de plantão entre médicos credenciados da mesma especialidade, com a mesma habilitação para o posto, é admitida mediante solicitação no sistema com antecedência mínima de 48 horas, concordância do substituto e aprovação do Diretor Técnico ou do coordenador médico do plantão, limitada a três trocas por médico por mês; a troca aprovada é registrada na escala publicada e no ponto, e o substituto responde pelo plantão assumido.

Art. 31 A pessoa jurídica pela qual o médico presta serviço responde contratualmente pelo comparecimento do médico escalado e, no seu impedimento, pela indicação de substituto credenciado da mesma especialidade, comunicada ao coordenador médico do plantão com antecedência mínima de 24 horas ou, no caso fortuito, imediatamente após o conhecimento do impedimento.

§ 1º O substituto indicado só assume o plantão se estiver credenciado na unidade e habilitado para o posto; a indicação de médico não credenciado é recusada e a ausência é tratada como não coberta.

§ 2º O impedimento por motivo de saúde do médico é comprovado por atestado entregue à Diretoria Técnica em até 48 horas.

Art. 32 O médico que não puder comparecer ao plantão comunica o coordenador médico do plantão e a sua pessoa jurídica com antecedência mínima de quatro horas do início do turno, salvo impossibilidade justificada; a ausência, a sua justificativa e a cobertura são registradas no livro eletrônico de ocorrências do plantão.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 19 de 34

Seção IV – Do sobreaviso e da cobertura das ausências

Art. 33 O Diretor Técnico permanece em sobreaviso nas 24 horas, em escala compartilhada com o Diretor Clínico ou com médico designado, para as decisões que excedam a competência do coordenador médico do plantão, a cobertura de ausências não resolvida no plantão, a suspensão de atividades e as comunicações externas; o sobreaviso da Diretoria Técnica não integra a cobertura do Quadro 6.

Parágrafo único. O sobreaviso de especialidade – pediatria, ortopedia ou outra – só é admitido como reforço à presença exigida pelo Quadro 6, nunca em sua substituição, e observa a Resolução CFM nº 2.079/2014 quanto ao tempo de resposta e ao registro.

Art. 34 A cobertura das ausências na escala médica segue a sequência do Anexo IV, acionada pelo coordenador médico do plantão assim que a ausência é conhecida:

I – substituto credenciado indicado pela pessoa jurídica do médico ausente, na forma do art. 31;

II – médico da lista de credenciados de cobertura da unidade, acionado por rodízio dentro da especialidade;

III – prorrogação do plantão do médico que encerra o turno, que não deixa a unidade antes da chegada do substituto, na forma do art. 9º do Código de Ética Médica, e redistribuição da demanda entre os médicos presentes pelo coordenador médico do plantão, mantidos ocupados a sala de estabilização e o primeiro atendimento;

IV – Diretor Técnico em sobreaviso, que assume a busca de cobertura, registra a ocorrência e, se a cobertura mínima do Quadro 6 não for recomposta em até duas horas nos postos críticos – sala de estabilização e primeiro atendimento – ou até o fim do plantão nos demais, comunica a Diretoria Geral das UPAs e a Secretaria Municipal da Saúde.

§ 1º A prorrogação de plantão e o plantão extra de cobertura são remunerados na forma do contrato, registrados no ponto e validados pelo Diretor Técnico, observados os limites de jornada do art. 28.

§ 2º A ausência não coberta pela pessoa jurídica gera a penalidade contratual prevista no contrato de prestação de serviços e é considerada na avaliação semestral; o abandono de plantão sem a presença do substituto é falta grave desde a primeira ocorrência, sem prejuízo da apuração ética.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 20 de 34

§ 3º Cada UPA cobre as suas próprias ausências com os seus credenciados; o médico credenciado nas duas unidades pode cobrir ausência em qualquer delas, respeitados os limites de jornada.

§ 4º As ausências prolongadas – licenças, afastamentos e vacâncias – são cobertas pela redistribuição dos plantões entre os credenciados e, quando necessário, por novo credenciamento ou por membro temporário, sem que o posto dependa de plantões extras por mais de trinta dias.

Art. 35 A pontualidade, a cobertura das escalas críticas, as ausências não cobertas e os plantões extras são apurados mensalmente por unidade e especialidade, e integram os indicadores do Capítulo XI e a avaliação semestral dos médicos.

CAPÍTULO VIII – DA ASSEMBLEIA E DAS REUNIÕES DO CORPO CLÍNICO

Art. 36 A assembleia do Corpo Clínico de cada UPA é o órgão de deliberação dos médicos da unidade e reúne-se ordinariamente a cada seis meses e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por um terço dos membros com direito a voto, com antecedência mínima de dez dias, ou de 48 horas nas convocações extraordinárias urgentes.

§ 1º A assembleia instala-se em primeira convocação com metade mais um dos membros com direito a voto e, em segunda convocação, trinta minutos depois, com qualquer número; delibera por maioria simples dos presentes, exceto para a homologação e a alteração deste Regimento, que exigem maioria absoluta dos membros com direito a voto, admitida a votação eletrônica para viabilizar a participação dos plantonistas.

§ 2º É vedado o voto por procuração; as deliberações são lavradas em ata assinada pelo Diretor Clínico e encaminhadas ao Diretor Técnico para as providências e, quando couber, ao CRM-TO.

Art. 37 Compete à assembleia do Corpo Clínico:

I – eleger o Diretor Clínico e o vice, na forma do Capítulo VI;

II – eleger a Comissão de Ética Médica, na forma do Capítulo IX;

III – homologar este Regimento e as suas alterações;

IV – apreciar os indicadores assistenciais do Corpo Clínico e propor medidas à Diretoria Técnica;

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 21 de 34

V – manifestar-se sobre as condições de funcionamento da unidade e, quando faltarem, sobre o indicativo de suspensão de atividades a ser encaminhado ao Diretor Técnico e ao CRM-TO;

VI – deliberar sobre os casos omissos de natureza não administrativa que lhe forem submetidos.

Art. 38 As reuniões clínicas do Corpo Clínico – discussão de casos, revisão de óbitos e de eventos, atualização nos protocolos e educação médica continuada – são mensais, coordenadas pelo Diretor Clínico com o NEPES, realizadas em horário compatível com os plantões e com registro de presença, e computadas na carga de capacitação do capítulo 25 da Proposta Técnica.

Art. 39 A comunicação de início de plantão – ISAC Day e ISAC Night –, de até dez minutos, reúne o coordenador médico do plantão, o enfermeiro supervisor e as equipes para transmitir as informações do dia, as mudanças de rotina e as prioridades de segurança.

CAPÍTULO IX – DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA E DO ENCAMINHAMENTO DAS QUESTÕES ÉTICAS

Art. 40 Em cada UPA é constituída uma Comissão de Ética Médica (CEM), órgão de natureza ética, com funções educativas, fiscalizadoras e de orientação, que representa o CRM-TO na unidade, a ele subordinada e vinculada, sem subordinação à direção da unidade, organizada na forma da Resolução CFM nº 2.152/2016 e do regimento do capítulo 14 da Proposta Técnica.

§ 1º A CEM é composta por três membros efetivos e três suplentes, médicos do Corpo Clínico eleitos pelo voto direto e secreto dos médicos da unidade, em eleição convocada pelo Diretor Clínico, acompanhada e homologada pelo CRM-TO, para mandato de trinta meses; não podem integrá-la o Diretor Técnico, o Diretor Clínico, os médicos em cargo de direção administrativa, os não quites com o CRM-TO e os que tenham sofrido penalidade ético-profissional.

§ 2º A primeira eleição é convocada até o terceiro mês de operação de cada unidade; até a posse, as questões éticas são encaminhadas diretamente ao CRM-TO pelo Diretor Técnico.

§ 3º A unidade assegura à CEM sala, tempo dos seus membros, apoio administrativo e acesso aos documentos necessários, sem ingerência nas suas deliberações; a atuação na CEM é computada como atividade do Corpo Clínico.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 22 de 34

Art. 41 Compete à CEM, na forma da Resolução CFM nº 2.152/2016, supervisionar, orientar e fiscalizar o exercício da atividade médica na unidade; comunicar ao CRM-TO os indícios de infração ética ou legal e o exercício ilegal da medicina; instaurar sindicância e procedimentos preliminares e encaminhar o relatório ao CRM-TO; verificar a regularidade da inscrição da unidade no CRM-TO; colaborar na educação ética do Corpo Clínico e orientar os usuários sobre questões de ética médica.

Art. 42 As questões que envolvem médicos são encaminhadas na forma do Anexo V, por três vias independentes:

I – **questão ética** – indício de infração ao Código de Ética Médica: é encaminhada à CEM da unidade por qualquer médico, profissional, usuário, pela Ouvidoria, por comissão ou pela direção, por escrito e com a identificação do comunicante, que fica sob sigilo; a CEM realiza a apuração preliminar, garante o sigilo e o direito de manifestação do médico e encaminha ao CRM-TO, com relatório circunstanciado, os casos que configurem infração; a direção da unidade não interfere na apuração e assegura os meios;

II – **questão técnico-assistencial** – conduta, adesão a protocolo, qualidade do registro, evento adverso: é analisada pelo Diretor Clínico e pelo Diretor Técnico com a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, a Comissão de Revisão de Óbitos e o Núcleo de Segurança do Paciente, com devolutiva ao médico, plano de melhoria e recapacitação; o evento com dano é notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente e à Anvisa na forma da RDC nº 36/2013, e a análise sistêmica do evento não tem caráter punitivo;

III – **questão administrativa ou contratual** – falta, atraso, abandono de plantão, descumprimento de norma: é apurada pelo Diretor Técnico, com manifestação do médico, e decidida com a Diretoria Geral das UPAs na forma da Política de Consequências do ISAC e do contrato de prestação de serviços, observado o Capítulo X.

§ 1º As vias podem correr em paralelo: a apuração ética pela CEM e pelo CRM-TO não impede a medida contratual, nem esta a substitui; a CEM é informada das medidas contratuais que tenham fundamento em fato de possível relevância ética.

§ 2º É vedada qualquer retaliação a quem comunicar um fato de boa-fé, notificar um incidente ou recorrer à CEM, ao CRM-TO ou ao canal de denúncias do ISAC.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 23 de 34

§ 3º Os conflitos entre médicos, e entre médicos e outros profissionais, são conduzidos em primeira instância pelo coordenador médico do plantão e pelo Diretor Clínico, com mediação; persistindo, seguem a via correspondente.

CAPÍTULO X – DO REGIME DISCIPLINAR E CONTRATUAL

Art. 43 Constitui infração a este Regimento, sem prejuízo da apuração ética pela CEM e pelo CRM-TO:

I – abandonar o plantão sem a presença do substituto ou faltar ao plantão sem comunicação e sem substituto indicado;

II – recusar atendimento a usuário classificado ou encaminhado, fora das hipóteses do Código de Ética Médica;

III – deixar de registrar a assistência no prontuário ou registrá-la de forma incompleta, falsa ou por senha de terceiro;

IV – descumprir os protocolos assistenciais sem justificativa clínica registrada;

V – deixar de realizar a passagem de plantão ou de comunicar a regulação, a superlotação e as intercorrências na forma deste Regimento;

VI – desrespeitar usuários, acompanhantes ou profissionais, ou praticar assédio, discriminação ou violência;

VII – violar o sigilo profissional ou a proteção dos dados dos usuários;

VIII – prestar informação falsa no credenciamento ou omitir alteração da situação profissional;

IX – receber vantagem indevida ou encaminhar usuários a serviços privados de seu interesse;

X – descumprir as demais disposições deste Regimento, do Regimento Interno da unidade e das normas do ISAC.

Art. 44 As infrações sujeitam o médico, conforme a gravidade e a reincidência, a:

I – orientação registrada;

II – advertência por escrito;

III – suspensão do credenciamento por até seis meses;

IV – encerramento do credenciamento, com a extinção do contrato de prestação de serviços na forma nele prevista.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 24 de 34

§ 1º As medidas são propostas pelo Diretor Técnico, com base em apuração registrada e garantidos ao médico a ciência dos fatos, a manifestação prévia em dez dias e o recurso à Diretoria Geral das UPAs em igual prazo; a suspensão e o encerramento são decididos pela Diretoria Geral, e a terceira advertência em doze meses implica suspensão.

§ 2º Diante de fato grave que comprometa a segurança dos usuários ou a continuidade do atendimento, o Diretor Técnico afasta cautelarmente o médico da escala até a conclusão da apuração, com comunicação imediata à Diretoria Geral e, quando houver relevância ética, à CEM.

§ 3º O servidor público municipal disponibilizado sujeita-se, no aspecto disciplinar, ao seu regime funcional; as ocorrências são comunicadas pela Diretoria Geral à Secretaria Municipal da Saúde.

§ 4º A apuração disciplinar observa a Política de Consequências do ISAC, com sigilo e proporcionalidade, e não se confunde com a análise sistêmica dos incidentes de segurança do paciente.

CAPÍTULO XI – DOS INDICADORES DO CORPO CLÍNICO

Art. 45 O Diretor Técnico apura mensalmente, por unidade e especialidade, os indicadores do Quadro 8.2, apresenta-os na reunião mensal de gestão da unidade e à assembleia do Corpo Clínico, e os integra ao painel de indicadores do capítulo 9 da Proposta Técnica e ao relatório mensal de execução da parceria.

Quadro 8.2 – Indicadores do Corpo Clínico

Indicador	Fórmula	Meta	Fonte
Cobertura médica mínima do Quadro 6	plantões com todos os postos do Quadro 6 cobertos ÷ plantões do mês × 100	100%	Escala e ponto
Tempo classificação–primeiro atendimento médico, por cor	atendimentos dentro do tempo-alvo ÷ atendimentos da cor × 100	vermelha e laranja ≥ 95%; amarela ≥ 90%; verde e azul ≥ 85% (Anexo II do TR)	Prontuário eletrônico
Ausências médicas não cobertas	plantões com posto descoberto ÷ plantões escalados × 100	0%	Livro de ocorrências
Pontualidade	plantões iniciados até 15 min após o horário ÷ plantões × 100	≥ 95%	Ponto eletrônico
Plantões cobertos por prorrogação ou plantão extra	plantões extras ÷ plantões do mês × 100	≤ 5%	Ponto eletrônico

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 25 de 34

Indicador	Fórmula	Meta	Fonte
Adesão aos protocolos tempo-dependentes	fichas de protocolo com todos os marcos registrados ÷ fichas abertas × 100	≥ 90%	Auditoria do capítulo 10 da Proposta Técnica
Reavaliação médica em observação	reavaliações em até 6 h ÷ reavaliações devidas × 100	≥ 95%	Prontuário eletrônico
Decisão de transferência até a solicitação no SER	média do intervalo entre o registro da decisão e o registro da solicitação	≤ 30 min (Anexo II: ≤ 60 min)	Prontuário e painel de regulação
Permanência em observação acima de 24 h	usuários com permanência > 24 h ÷ admitidos em observação × 100	monitorado; justificativa registrada em 100% dos casos	Prontuário eletrônico
Retorno em 48 h	retornos não programados em 48 h ÷ desfechos × 100	≤ 20% (Anexo II do TR)	Prontuário eletrônico
Completude dos registros médicos	prontuários auditados sem não conformidade ÷ auditados × 100	≥ 90%	CARP
Avaliações semestrais realizadas no prazo	médicos avaliados ÷ médicos credenciados ativos × 100	100%	Diretoria Técnica
Cadastro e certidão do CRM-TO atualizados	médicos com cadastro anual em dia ÷ credenciados × 100	100%	Diretoria Técnica
Folga da lista de credenciados	credenciados ativos ÷ médicos necessários à escala	≥ 1,2 por especialidade	Diretoria Técnica
Satisfação do usuário com o atendimento médico	avaliações positivas ÷ avaliações × 100	≥ 80% (Anexo II do TR)	Ouvidoria e pesquisa do capítulo 16 da Proposta Técnica

CAPÍTULO XII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46 Este Regimento é elaborado pelas Diretorias Técnicas das UPAs Norte e Sul com a Superintendência Técnica do ISAC, revisado pela Gerência de Qualidade e aprovado na alçada prevista na Norma de Gestão de Documentos, entra em vigor na data da sua publicação, antes do início da operação das unidades, e é submetido à homologação da assembleia do Corpo Clínico de cada UPA nos primeiros noventa dias, na forma da Resolução CFM nº 1.481/1997, com comunicação ao CRM-TO.

Art. 47 O Regimento é publicado na lista mestra de documentos, na intranet e no mural de cada unidade, entregue a cada médico no credenciamento, com termo de ciência, e disponível para consulta em cada posto médico.

Art. 48 O Regimento é revisado a cada dois anos, ou antes, por proposta do Diretor Técnico, do Diretor Clínico, da CEM ou da assembleia do Corpo Clínico, sempre que houver alteração das resoluções do CFM, do Termo de Colaboração, da estrutura ou do dimensionamento das

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 26 de 34

unidades ou quando a análise de eventos o recomendar; a alteração segue o fluxo de aprovação da Norma de Gestão de Documentos e a homologação da assembleia.

Art. 49 Os casos omissos de natureza administrativa são resolvidos pelo Diretor Técnico e, em grau de recurso, pela Diretoria Geral das UPAs; os de natureza ética, pela CEM e pelo CRM-TO; os demais, pela assembleia do Corpo Clínico, ouvido o Diretor Clínico.

Art. 50 Este Regimento aplica o Regimento Interno do Corpo Clínico institucional do ISAC às UPAs Norte e Sul de Palmas e prevalece sobre ele no que for específico; as suas disposições integram, no que couber, o manual de gestão de pessoas previsto no item 10.4 do Termo de Referência e os contratos de prestação de serviços médicos.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data da revisão	Itens revisados	Identificação do revisor
00	Na aprovação, antes do início da operação	Emissão inicial para as UPAs Norte e Sul de Palmas, a partir do Regimento Interno do Corpo Clínico institucional do ISAC, da Resolução CFM nº 2.079/2014 e das demais resoluções vigentes do CFM	Diretorias Técnicas das UPAs

APROVAÇÃO

Elaboração	Revisão Técnica (se necessário)	Revisão da Qualidade	Aprovação
Diretorias Técnicas (Responsáveis Técnicos Médicos) das UPAs Norte e Sul, com as Diretorias Clínicas, na sua instalação	Diretoria Geral das UPAs	Gerência de Qualidade do ISAC	Superintendência Técnica do ISAC; homologação pela assembleia do Corpo Clínico de cada UPA

Minuta apresentada na forma do item 1.8 do Anexo V. A elaboração, a revisão e a aprovação seguem as alçadas do item 4.1.1 da Norma Zero; a identificação nominal dos responsáveis e as datas são registradas na aprovação da versão 00, antes do início da operação.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 27 de 34

Anexo I – Organograma da direção médica e do Corpo Clínico de cada UPA



Figura 8.1 – Estrutura da direção médica

A estrutura é idêntica nas duas unidades. As linhas de subordinação correspondem ao organograma do capítulo 23 da Proposta Técnica e à estrutura do serviço de enfermagem do capítulo 7 da Proposta Técnica.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 28 de 34

Anexo II – Postos médicos por turno e escala mensal de referência

Os postos abaixo reproduzem a cobertura médica mínima do Quadro 6 do Termo de Referência, idêntica nas duas UPAs, com a distribuição de referência dos clínicos por área desta proposta. A distribuição por área é a mesma do capítulo 18 da Proposta Técnica; a cobertura mínima do Quadro 6 não se altera.

Quadro 8.3 – Postos médicos por turno em cada UPA

Posto médico	Plantão diurno (7h–19h)	Plantão noturno (19h–7h)	Postos nas 24 h
Clínica médica – primeiro atendimento (consultórios)	5	3	8
Clínica médica – reavaliação, retorno de exames e fast track (verdes e azuis no pico da manhã)	1	1	2
Clínica médica – observação adulta	2	2	4
Clínica médica – sala de estabilização	1	1	2
Subtotal – clínica médica	**9**	**7**	**16**
Pediatria	1	1	2
Ortopedia e traumatologia	1	1	2
Ultrassonografia (plantão de 6 h)	1	—	1
Total de postos (Quadro 6 do TR)	**12**	**9**	**21**

Fonte: Termo de Referência.

Quadro 8.4 – Escala médica mensal de referência por unidade

Parâmetro	Valor por unidade	Observação
Postos de 12 horas por dia	20	clínica médica, pediatria e ortopedia
Plantões de 12 horas por mês (30,4 dias)	= 608	todos nominalmente cobertos antes da publicação da escala
Plantões de 6 horas de ultrassonografia por mês	= 30	diurnos
Horas médicas por mês	= 7.476	base para o número de credenciados
Médicos credenciados necessários	conforme a média de plantões por médico	distribuição pelos critérios publicados no chamamento para credenciamento; a lista mantém folga ≥ 20%
Limites de jornada	até 24 h seguidas; média ≤ 60 h semanais no mês; 12 h de intervalo após 24 h	aplicam-se também aos plantões extras
Fechamento e publicação da escala	até o dia 20 do mês anterior	mural com nome, especialidade e horário (TR 10.1)

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 29 de 34

Anexo III – Fluxo de credenciamento, permanência e desligamento



Figura 8.2 – Ciclo do credenciamento ao Corpo Clínico

Quadro 8.5 – Documentos e conferências do credenciamento

Documento	Quem apresenta	Conferência	Validade e atualização
Ficha de credenciamento e currículo	Médico	Diretoria Técnica	Atualização anual
Diploma de graduação em Medicina (ou revalidação)	Médico	Diretoria Técnica	Permanente
Inscrição ativa no CRM-TO e certidão de regularidade e de ausência de penalidade	Médico	Diretoria Técnica, com consulta ao CRM-TO	Certidão de até 90 dias; renovada anualmente

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 30 de 34

Documento	Quem apresenta	Conferência	Validade e atualização
Registro de Qualificação de Especialista (pediatria, ortopedia, ultrassonografia)	Médico	Diretoria Técnica, com consulta ao CRM-TO	Permanente
Suporte avançado de vida (ACLS; PALS para pediatras); ATLS desejável na estabilização	Médico	NEPES	Validade do certificado (2 anos)
Contrato social, CNPJ, certidões fiscais e registro da pessoa jurídica no CRM-TO	Pessoa jurídica	Diretoria Técnica, com a área de Compras e Contratos da sede	Certidões renovadas na periodicidade do contrato
Termos de adesão ao Regimento, aos protocolos e ao Código de Ética e Conduta; confidencialidade; senhas	Médico	Gente e Gestão	Renovados na revisão do Regimento
Integração institucional e à área	NEPES	Registro do NEPES	Antes do 1º plantão; recapacitação nas mudanças
Cadastro no CNES da unidade	Departamento Pessoal	Conferência mensal com escala e ponto	Contínuo

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 31 de 34

Anexo IV – Sequência de cobertura das ausências na escala médica

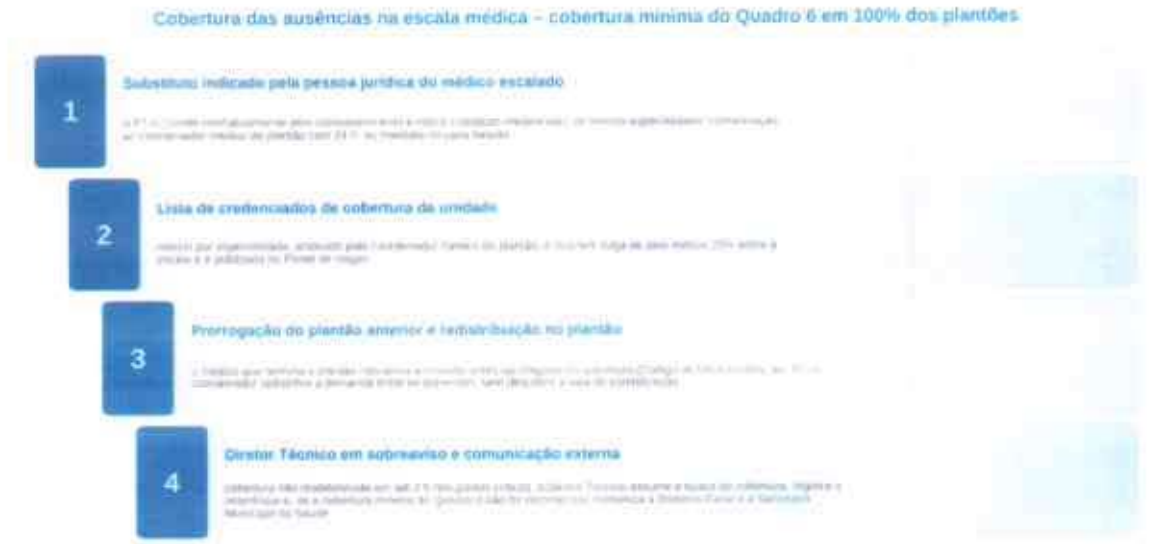

Figura 8.3 – Cobertura das ausências médicas

Quadro 8.6 – Ausências na escala médica

Situação	Quem age	Prazo	Registro
Ausência comunicada com antecedência (≥ 4 h)	PJ indica substituto; coordenador médico do plantão confirma a habilitação	Antes do início do plantão	Escala republicada; livro de ocorrências
Ausência sem comunicação ou substituto	Coordenador médico do plantão aciona a lista de cobertura por rodízio	Imediato; posto crítico recoberto em até 2 h	Livro de ocorrências; penalidade contratual
Cobertura não obtida	Médico do turno anterior permanece; coordenador redistribui a demanda	Até a chegada do substituto	Ponto (prorrogação); livro de ocorrências
Cobertura não obtida em 2 h no posto crítico ou até o fim do plantão nos demais	Diretor Técnico em sobreaviso assume a busca; comunica Diretoria Geral e SEMUS se o Quadro 6 não for recomposto	2 h (crítico) / fim do plantão	Registro do Diretor Técnico; relatório mensal

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 32 de 34

Situação	Quem age	Prazo	Registro
Ausência prolongada ou vacância	Diretoria Técnica redistribui plantões; novo credenciamento ou membro temporário	Até 30 dias	Escala do mês seguinte; comunicação à SEMUS se alterar o quadro

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 33 de 34

Anexo V – Encaminhamento das questões éticas, técnicas e administrativas



Figura 8.4 – Vias de encaminhamento do Corpo Clínico

- **Quem pode comunicar**: qualquer médico ou profissional da unidade, o usuário ou o acompanhante (diretamente ou pela Ouvidoria), as comissões e núcleos, a Diretoria Técnica ou a Diretoria Geral.
- **Como**: por escrito, com a identificação do comunicante e a descrição do fato; a CEM e o canal de denúncias do ISAC garantem o sigilo da identidade.
- **Prazos**: a CEM instaura a apuração preliminar em até quinze dias e conclui a sindicância nos prazos da Resolução CFM nº 2.152/2016; a via técnico-assistencial conclui a análise do evento em até trinta dias, com plano de ação; a via administrativa observa os prazos de manifestação e recurso do Capítulo X.

REGIMENTO

REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DAS UPAS 24H NORTE E SUL DE PALMAS

Código:	Versão:	Publicação:	Próxima Revisão:	Página:
REG.DIRTE.SED.001	00	na aprovação	24 meses após a publicação	Página 34 de 34

- **Garantias**: ciência dos fatos, manifestação prévia, ampla defesa, sigilo, proporcionalidade e vedação de retaliação; o médico pode fazer-se acompanhar de advogado ou de representante do sindicato.
- **Registro**: a Diretoria Técnica mantém o registro dos encaminhamentos administrativos e técnicos e dos seus prazos; os autos dos procedimentos éticos ficam sob guarda da CEM e do CRM-TO.

ÁREA DE ATIVIDADE · INSTRUMENTOS DE GESTÃO

9 Projeto de tecnologia da informação e prontuário eletrônico

Hoje, nas duas unidades, o atendimento é registrado no e-SUS PEC até a primeira consulta; a partir daí, o prontuário é impresso e acompanha o usuário pela medicação, pelo laboratório e pela radiologia. A fila interna segue a ordem dos prontuários físicos, a reavaliação é registrada como novo atendimento, a cor laranja é sinalizada à parte para dor torácica e AVC, e a equipe da UPA Norte mencionou o trabalho de manter planilhas paralelas para os controles que o sistema não oferece. Foi o que a visita técnica de 7 de outubro de 2026 mostrou.

O Termo de Referência pede um registro diferente. Exige prontuário eletrônico completo, datado e assinado (item 10.1, alínea "h"); sistema de senhas acessível (alínea "i"); registro autônomo das cinco cores, com o horário da classificação e o do primeiro atendimento médico, disponível à Secretaria em tempo real (alínea "v"); sistema de gestão com estoques, custos, serviços de apoio e relatórios gerenciais integrado aos sistemas do Município, do Estado e do Ministério da Saúde (item 5.7.1); e acesso da Secretaria, inclusive em tempo real, às bases de dados da parceria (item 5.7.2). O Anexo II acrescenta a regra que torna o registro uma questão de repasse: indicador com completude inferior a 95% recebe nota zero (item 6.1.1).

Este projeto responde às duas coisas. Implanta um único sistema de gestão em saúde, com prontuário eletrônico que acompanha o usuário da retirada da senha ao desfecho, sem papel circulando entre os setores; liga esse sistema aos sistemas oficiais de que dependem a produção, a regulação e a vigilância; monta a infraestrutura que o Município não cede (estações, rede, links e telefonia pertencem hoje a empresas contratadas e não integram a permissão de uso); e organiza o registro de modo que os marcos de tempo dos indicadores sejam gravados pelo próprio sistema, não digitados depois.

9.1 A solução de prontuário eletrônico

O Instituto implanta nas duas unidades o **Gesthor Hospitalar**, da Shalom Soluções em Tecnologia, de Goiânia/GO — sistema de gestão hospitalar modular, integrado e multiempresa que o Instituto já opera no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), em Parnaíba/PI, no pronto-socorro, na classificação de risco, nos exames e nos reatendimentos. As duas UPAs operam numa única base de dados, com cadastros separados por estabelecimento, um para cada CNES. Entram em uso os módulos do fabricante, com os nomes que ele lhes dá: controle de filas e senhas; atendimento; pronto atendimento, com modelos de classificação de risco parametrizáveis, painel de chamadas e registro do tempo de cada etapa; prontuário eletrônico do paciente; prescrição eletrônica, com alertas de interação, dose e duplicidade; posto de enfermagem, com checagem da administração por código de barras; estoque, farmácia e almoxarifado, com dispensação por prescrição e por paciente; controle de exames e laudos; SAME; faturamento SUS (BPA e APAC); compras; patrimônio;

manutenção; custos; financeiro; contabilidade; relatórios gerenciais e a ferramenta de indicadores do próprio sistema.

O que este projeto exige além desses módulos — as integrações com os sistemas oficiais do Quadro 9.2, entre elas o CNES, o SER e o SISREG, o totem e os painéis de chamada, o painel de indicadores, as fichas estruturadas dos protocolos do capítulo 10, a guia de contrarreferência e o envio automático de mensagens do Projeto Retorno Seguro do capítulo 13, por solução de mensageria integrada, entre outros itens do Quadro 9.1 — é requisito de parametrização e integração que o Instituto contrata com o fornecedor na pré-assunção, na forma da sua Política de Compras, Contratações e Alienações, com aceite de cada item em teste antes da sua entrada em produção. Os recursos já disponíveis no sistema e os compromissos de entrega do fornecedor, com os prazos deste capítulo, constam da declaração da Shalom Soluções em Tecnologia que acompanha este capítulo. São requisitos mínimos desse contrato:

- hospedagem em centro de dados no Brasil, com alta disponibilidade, redundância de servidores e de armazenamento, replicação para uma segunda zona de disponibilidade, disponibilidade contratada mínima de 99,5% ao mês e nenhum servidor de aplicação crítico dentro das unidades;
- conformidade com as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 1.821/2007 e com a Lei Federal nº 13.787/2018;
- assinatura eletrônica individual em todo registro e assinatura eletrônica qualificada, com certificado ICP-Brasil, nos documentos emitidos em meio eletrônico ao usuário (receitas, atestados e relatórios), na forma da Lei Federal nº 14.063/2020;
- padrões de interoperabilidade adotados pelo SUS (HL7 FHIR para a Rede Nacional de Dados em Saúde, CID-10, tabela SIGTAP, Cartão Nacional de Saúde e CPF como identificadores), na forma da Portaria GM/MS nº 2.073/2011 e da Portaria GM/MS nº 1.434/2020;
- interface de programação documentada para o laboratório, a imagem, a telecardiologia e o BI municipal, e exportação integral da base em formato aberto, condição para a devolução dos dados ao Município ao fim da parceria (item 23.3, alínea "f", do Termo de Referência);
- trilha de auditoria de cada acesso, inclusão e alteração, com usuário, data, hora e estação; sem possibilidade de exclusão de registro — a correção se faz por adendo identificado.

O Quadro 9.1 relaciona, com a parametrização contratada para Palmas, os módulos que entram em produção no primeiro dia de execução e o que cada um resolve. Os cinco módulos nomeados pelo Anexo V (acolhimento e classificação de risco, atendimento médico, prescrição, dispensação e resultados de exames) estão nas primeiras linhas.

Quadro 9.1 – Módulos do sistema

Módulo	O que faz	Quem usa
Acolhimento e classificação de risco	Senha no totem com horário de chegada e opção prioritária (idoso, gestante, pessoa com deficiência, criança de colo); classificação antes do cadastro, como no protocolo do capítulo 10, com as cinco cores nativas e o horário gravado; fila por cor e tempo de espera em tela; alerta de reclassificação aos 30, 60 e 120 minutos para amarelo, verde e azul; painel de chamada com voz e texto	Recepção, enfermeiro classificador, técnico da espera
Atendimento médico	Episódio único da chegada ao desfecho: anamnese, exame físico, hipótese com CID-10, condutas, reavaliações como evolução do mesmo episódio (sem abrir novo atendimento); fichas estruturadas dos cinco protocolos do capítulo 10 com os marcos de cada um; atestado, receita e guia de contrarreferência; passagem de plantão médica registrada no sistema, com aceite do médico que recebe; registro no livro eletrônico de ocorrências	Médicos, odontólogos
Prescrição	Prescrição eletrônica com doses por peso na pediatria, alertas de alergia, duplicidade e interação, aprazamento automático e checagem da administração à beira do leito por leitura do código da pulseira e do medicamento, implantada primeiro na observação e na sala de estabilização e estendida à sala de medicação até o 90º dia	Médicos, enfermagem
Dispensação de medicamentos	Dispensação por prescrição e por paciente, com lote e validade; kits de dor torácica, sepse e trauma; controle de antimicrobianos e de medicamentos sujeitos a controle especial; reposição do carro de emergência vinculada ao uso registrado; baixa automática no estoque	Farmácia
Resultados de exames	Pedido eletrônico ao laboratório, à radiologia, à ultrassonografia e ao eletrocardiograma; resultado e laudo devolvidos ao prontuário pela interface; resultado crítico com alerta ao médico assistente e confirmação de leitura registrada (capítulo 19); tempos de liberação medidos por exame	Médicos, laboratório, imagem
Enfermagem	Processo de enfermagem (Resolução Cofen nº 736/2024), escores NEWS e PEWS com alerta de deterioração, balanço, passagem de plantão em formato ISBAR, com relatório eletrônico assinado por quem passa e por quem recebe, e livro eletrônico de ocorrências, comum à equipe médica, à enfermagem e aos acionamentos de sobreaviso	Enfermeiros, técnicos
Observação e leitos	Mapa de leitos das duas unidades, admissão e saída com horário, alertas de permanência às 12, 18 e 22 horas, sinalização de "aguardando vaga regulada"	Médicos, enfermagem, gestão
Regulação e transferência	Registro da decisão de transferência, do número e do horário da solicitação no SER e das reiterações; painel das solicitações pendentes por tempo de espera	Médicos, enfermeiro supervisor
Alta e contrarreferência	Desfecho obrigatório para encerrar o episódio; guia de contrarreferência gerada na alta e enviada à unidade de saúde de referência do endereço do usuário (capítulo 21); pedido de consulta ou exame especializado eletivo estruturado na guia com os campos de solicitação do SISREG, para a unidade de saúde solicitar; retorno programado registrado como tal	Médicos, serviço social
Vigilância e notificação	Gatilho de notificação compulsória pelo CID e pelo agravo, ficha preenchida a partir do prontuário e encaminhada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Médicos, enfermagem, NVE

Módulo	O que faz	Quem usa
Faturamento e produção	Geração do Boletim de Produção Ambulatorial individualizado a partir dos atendimentos registrados, com crítica de CNS, CBO, CID e procedimento antes do envio	Faturamento
Apoio: CME e manutenção	Rastreabilidade do material esterilizado (o lote da etiqueta é lido no prontuário quando o pacote é aberto no usuário); chamados de manutenção predial e de equipamentos, com prioridade, prazo, aceite do setor e histórico por equipamento (capítulo 20)	CME, enfermagem, manutenção
Gestão de suprimentos, custos e pessoas	Estoques de farmácia, almoxarifado e nutrição; centros de custo por unidade; escalas publicadas e ponto, com o registro das habilitações (classificação de risco, sala de estabilização, supervisão de plantão, imobilização, transporte) consultado na montagem da escala e conferido pela coordenação antes da publicação; contratos e notas fiscais, base do relatório financeiro do Anexo VIII	Áreas administrativas
Painel de gestão	Indicadores do Anexo II apurados de forma contínua, completude dos registros, filas por cor, ocupação da observação e pendências de regulação; perfil de leitura para a Secretaria	Direção, Gestor da Parceria, SEMUS

9.1.1 O que muda no percurso do usuário

A mudança mais visível é a sequência da porta. O usuário retira a senha no totem, que grava o horário de chegada; é chamado pelo painel para a classificação; e só então passa pela recepção para o cadastro — a ordem do protocolo de acolhimento do capítulo 10, que tira o cadastro do caminho de quem chega grave. A partir da classificação, o prontuário não é mais impresso para circular: o médico chama pelo painel, solicita os exames no sistema, o laboratório e a imagem recebem o pedido na tela e devolvem o resultado ao mesmo episódio, e a medicação é checada à beira do leito. A fila interna deixa de ser a pilha de papel e passa a ser a lista por cor e por tempo, visível a quem coordena o plantão.

É a sequência que o Instituto já pratica no HEDA, com o mesmo sistema e as cinco cores da classificação. O totem emite a senha pelo tipo de atendimento, inclusive a do protocolo de AVC e infarto, e o painel registra cada chamada com o local e a hora. No histórico do painel reproduzido abaixo, a senha C80 passa pelo acolhimento às 17h09, pela recepção às 17h13 e pelo consultório às 17h20. Na tela do médico, a lista de atendimentos traz a senha e a cor de cada usuário, e dela se abrem o prontuário, a evolução, a prescrição e a saída. As três imagens foram capturadas em 1º de novembro de 2026; nelas foram cobertos o nome do usuário chamado no painel e, na lista do médico, os horários e os dados de usuários e profissionais, e a barra do computador foi recortada.



Figura 9.1 – Totem de senhas do pronto-socorro do HEDA



Figura 9.2 – Painel de chamada do pronto-socorro do HEDA

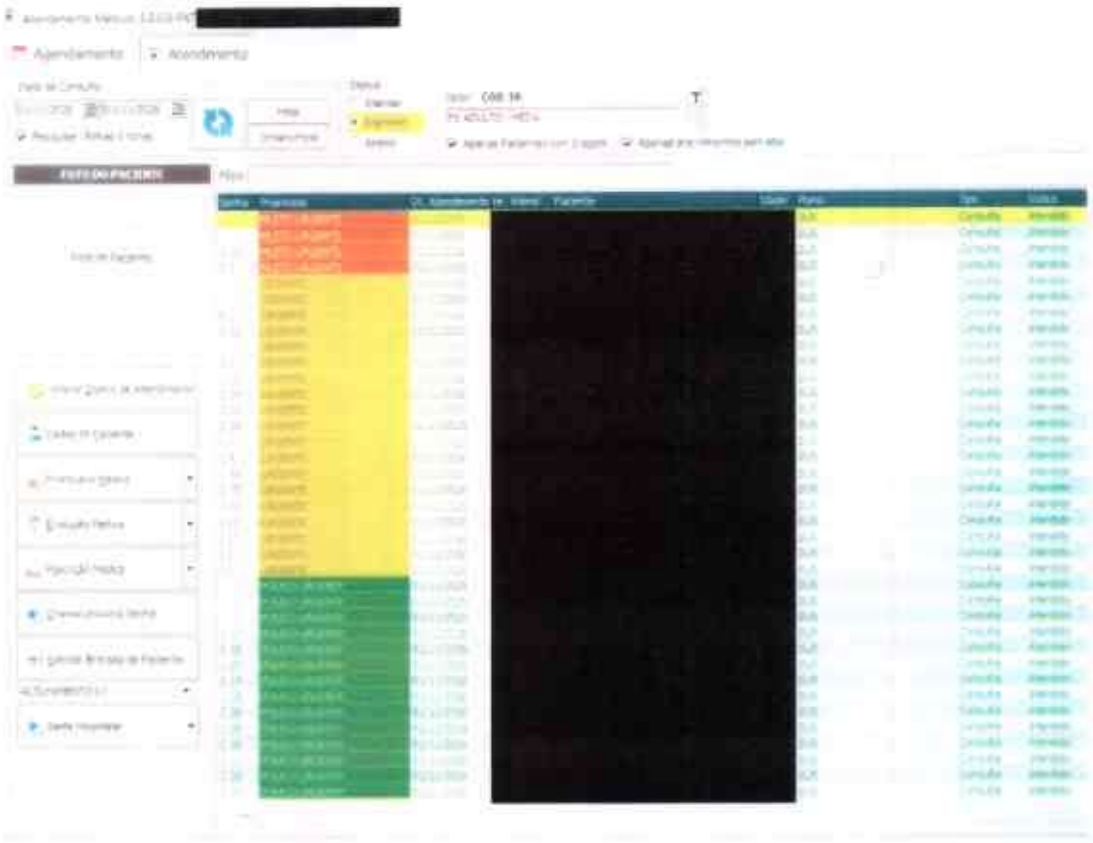

Figura 9.3 – Lista de atendimento médico do HEDA

Três efeitos práticos decorrem disso. A reavaliação deixa de duplicar o atendimento, porque acontece dentro do episódio aberto. A cor laranja passa a existir no sistema, com o horário gravado, e as linhas de cuidado de dor torácica e AVC deixam de depender de marcação paralela. E as planilhas de controle que a equipe mantém hoje por fora do sistema (de pacientes em observação, de pendências de regulação, de medicamentos) são substituídas por relatórios do próprio sistema.

Recebem pulseira de identificação com código de barras, emitida no cadastro, os usuários admitidos em observação ou na sala de estabilização e os que recebem medicação ou procedimento, na forma do protocolo de identificação do Núcleo de Segurança do Paciente.

9.1.2 Particularidades de cada unidade

Na **UPA Norte**, o painel de chamada atende três salas de classificação e um fluxo único de atendimento, com consultórios pediátricos que não ficam em área física separada; a sala de procedimentos divide espaço com o eletrocardiograma, o que pede estação compartilhada com perfil de acesso por usuário; e a unidade abriga a cozinha de produção das refeições das