IV. Observar os critérios de prioridade clínica e os tempos de resposta estabelecidos.

V. Assegurar a comunicação imediata de resultados críticos ao profissional médico responsável.

VI. Manter registros que permitam identificar os exames realizados, os respectivos resultados e os horários das etapas assistenciais.

Seção VIII. Da Assistência Farmacêutica e dos Suprimentos

Art. 20. A Assistência Farmacêutica será organizada sob responsabilidade de farmacêutico legalmente habilitado, observadas as exigências de cobertura e responsabilidade técnica.

Compete ao serviço:

I. Coordenar o recebimento, armazenamento, conservação e dispensação de medicamentos.

II. Controlar os estoques, os lotes e os prazos de validade.

III. Garantir a guarda e a escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial.

IV. Acompanhar o consumo e estabelecer mecanismos de ressuprimento.

V. Promover ações de farmacovigilância e segurança no uso de medicamentos.

VI. Assegurar a rastreabilidade dos produtos dispensados.

VII. Participar das ações da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

VIII. Orientar as equipes quanto às práticas seguras relacionadas aos medicamentos.

Art. 21. O Serviço de Almoxarifado e Suprimentos será responsável pelo recebimento, conferência, armazenamento, distribuição e controle dos materiais utilizados nas unidades.

Parágrafo único. O controle dos estoques será realizado mediante sistema informatizado, com registros de movimentação, definição de estoque mínimo, pontos de ressuprimento e acompanhamento dos itens críticos para a assistência.

Seção IX. Da gestão de pessoas e da educação permanente

Art. 22. Compete à Gestão de Pessoas:

I. Organizar os processos de recrutamento, seleção, admissão e integração dos profissionais.

II. Manter os registros funcionais e a documentação exigida para o exercício profissional.

III. Controlar escalas, frequência, ausências e afastamentos.

IV. Acompanhar o cumprimento das normas trabalhistas e dos instrumentos coletivos aplicáveis.

V. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho.

VI. Organizar os processos de substituição e reposição de profissionais.

VII. Apoiar as ações de saúde e segurança do trabalho.

VIII. Promover a comunicação institucional com os trabalhadores.

Art. 23. A Educação Permanente será desenvolvida pelo profissional de Enfermagem responsável pela Educação Permanente e Qualidade, previsto no Quadro de Pessoal, em articulação com a Gerência da Unidade, os responsáveis técnicos, as coordenações e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

Parágrafo único. As ações abrangerão as necessidades de capacitação identificadas por meio dos indicadores assistenciais, auditorias, eventos adversos, mudanças normativas, avaliação de desempenho e atualização dos protocolos clínicos e operacionais.

Seção X. Da qualidade e da segurança do paciente

Art. 24. A gestão da qualidade será responsável pelo acompanhamento dos processos assistenciais e operacionais, pela análise dos indicadores e pelo desenvolvimento de ações de melhoria.

Compete à área:

I. Monitorar os indicadores previstos no Termo de Referência.

II. Acompanhar os resultados das auditorias internas.

III. Identificar e registrar não conformidades.

IV. Propor planos de ação com responsabilidades e prazos definidos.

V. Acompanhar a execução das medidas corretivas e preventivas.

VI. Apoiar os processos de padronização e revisão documental.

VII. Promover a integração com os núcleos e comissões instituídos nas unidades.

Art. 25. As unidades contarão com comissões e núcleos destinados ao acompanhamento técnico e à qualificação dos serviços, observadas as exigências do Termo de Referência, compreendendo:

I. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

II. Comissão de Revisão de Óbitos.

III. Comissão de Ética Médica.

IV. Comissão de Ética de Enfermagem.

V. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

VI. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

VII. Comissão de Farmácia e Terapêutica.

VIII. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

IX. Núcleo de Segurança do Paciente.

X. Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

Parágrafo único. As comissões e os núcleos constituem instâncias funcionais de assessoramento e acompanhamento, sem criação automática de cargos ou níveis hierárquicos adicionais. Terão composição, competências, periodicidade de reuniões, mecanismos de registro e cronograma de atividades definidos em instrumentos regimentais próprios, observadas as regulamentações profissionais e legais aplicáveis.

Seção XI. Do Serviço de Atendimento ao Usuário

Art. 26. Compete ao Serviço de Atendimento ao Usuário e à Ouvidoria:

I. Receber, registrar e encaminhar manifestações dos usuários e acompanhantes.

II. Prestar orientações sobre o funcionamento das unidades.

III. Acompanhar o tratamento das reclamações, sugestões, solicitações e elogios.

IV. Articular-se com as áreas responsáveis para análise e resposta às manifestações.

V. Promover pesquisas de satisfação dos usuários.

VI. Elaborar relatórios periódicos das manifestações recebidas e das providências adotadas.

VII. Manter articulação com a Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde.

VIII. Preservar o sigilo e a proteção dos dados pessoais dos manifestantes.

CAPÍTULO III. DAS REGRAS DE FUNCIONAMENTO, HORÁRIOS, ESCALAS E SUBSTITUIÇÕES

Seção I. Do funcionamento das unidades

Art. 27. As Unidades de Pronto Atendimento funcionarão de forma ininterrupta, durante 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados.

§ 1º O funcionamento será organizado de modo a assegurar acolhimento, classificação de risco, atendimento médico, assistência de enfermagem, observação, estabilização e serviços de apoio necessários à continuidade assistencial.

§ 2º As unidades manterão suporte administrativo e operacional compatível com o funcionamento ininterrupto e com os parâmetros definidos no Termo de Referência.

§ 3º A interrupção de serviços essenciais por ausência de profissionais, equipamentos, medicamentos ou materiais deverá ser tratada como ocorrência crítica, exigindo acionamento imediato dos responsáveis e adoção de medidas de contingência.

Art. 28. A organização das escalas assistenciais adotará, como referência para os postos de 12 horas, os seguintes períodos:

I. Plantão diurno, das 7h às 19h.

II. Plantão noturno, das 19h às 7h.

§ 1º O serviço de ultrassonografia observará a cobertura mínima de um posto de seis horas no período diurno, conforme as determinações do Edital de Chamamento Público.

§ 2º As jornadas e os regimes de trabalho das demais categorias profissionais observarão as necessidades operacionais, a legislação aplicável, os instrumentos coletivos e o Quadro de Pessoal aprovado.

§ 3º A organização dos horários deverá contemplar a cobertura das atividades durante os períodos de maior demanda, observados os parâmetros assistenciais e a sazonalidade identificada para cada unidade.

Seção II. Do dimensionamento e da cobertura assistencial

Art. 29. A cobertura médica será organizada individualmente para cada Unidade de Pronto Atendimento, observando o dimensionamento de pessoal apresentado na Proposta Técnica, os parâmetros mínimos estabelecidos no Edital de Chamamento Público e as necessidades assistenciais de cada estabelecimento.

§ 1º A composição das equipes médicas contemplará os profissionais necessários à execução dos atendimentos em clínica médica, pediatria, ortopedia e ultrassonografia, conforme as exigências editalícias.

§ 2º A distribuição dos profissionais entre os períodos diurno e noturno deverá assegurar a cobertura assistencial exigida, considerando as atividades de primeiro atendimento, estabilização, observação e demais procedimentos previstos para as unidades.

§ 3º As escalas deverão preservar a cobertura mínima obrigatória durante todo o período de funcionamento, mediante mecanismos de substituição e reposição de profissionais.

Art. 30. O dimensionamento das equipes de enfermagem e de apoio assistencial será individualizado por unidade, considerando os parâmetros estabelecidos no Edital de Chamamento Público, a demanda assistencial, a distribuição dos usuários por área e turno e as normas profissionais aplicáveis.

§ 1º A composição das equipes de enfermagem contemplará enfermeiros e técnicos de enfermagem, distribuídos entre acolhimento e classificação de

risco, salas de procedimentos e medicação, observação, estabilização e demais áreas assistenciais.

§ 2º A distribuição dos profissionais observará as particularidades da UPA Norte e da UPA Sul, assegurando a cobertura dos postos assistenciais e a continuidade do atendimento durante os períodos diurno e noturno.

§ 3º O dimensionamento será tecnicamente fundamentado, compatível com a legislação profissional e com as necessidades assistenciais, observando o Quadro de Pessoal aprovado para execução da parceria.

§ 4º As equipes de transporte sanitário serão dimensionadas separadamente das equipes de assistência interna, sendo vedada sua utilização para composição simultânea dos postos internos.

Seção III. Das escalas de trabalho

Art. 31. As escalas de trabalho serão elaboradas pelos responsáveis pelas respectivas áreas, submetidas à aprovação das instâncias competentes e disponibilizadas aos profissionais antes do início do período de execução.

§ 1º As escalas deverão identificar a categoria profissional, o setor de atuação, a jornada, os horários de início e término, as folgas e os profissionais responsáveis por cada plantão.

§ 2º A elaboração deverá considerar os afastamentos previstos, as férias, os descansos obrigatórios, as necessidades de substituição e a cobertura das atividades essenciais.

§ 3º As alterações deverão ser formalmente registradas, com identificação do motivo, do profissional substituto e da autorização correspondente.

§ 4º As escalas executadas serão confrontadas com os registros de frequência e mantidas disponíveis para conferência e fiscalização.

Art. 32. A passagem de plantão constitui procedimento obrigatório de continuidade assistencial e operacional.

§ 1º A transmissão das informações deverá contemplar os pacientes em atendimento, os usuários em observação, as condições clínicas relevantes, as condutas pendentes, as intercorrências e as transferências em andamento.

§ 2º A passagem de plantão deverá incluir as condições de funcionamento dos equipamentos, a disponibilidade dos insumos críticos e as ocorrências capazes de comprometer a execução dos serviços.

§ 3º Os registros serão realizados nos instrumentos institucionais e nos sistemas de informação aplicáveis.

Seção IV. Das substituições e da cobertura de ausências

Art. 33. A ausência de profissional integrante de posto assistencial essencial deverá ser comunicada imediatamente à chefia responsável, que adotará providências para assegurar a reposição e a continuidade da assistência.

§ 1º As substituições serão realizadas por profissionais com habilitação legal e qualificação compatíveis com a função.

§ 2º A cobertura das ausências será organizada por meio de profissionais substitutos, banco de profissionais previamente habilitados e demais mecanismos regulares de reposição previstos no planejamento de pessoal.

§ 3º A ausência de profissional médico não poderá resultar em redução da cobertura mínima obrigatória prevista no Edital de Chamamento Público.

§ 4º Quando houver risco de descontinuidade assistencial, a ocorrência será comunicada à Direção da Unidade e às instâncias técnicas responsáveis para adoção imediata das medidas necessárias.

Art. 34. As substituições programadas deverão ser organizadas previamente, considerando férias, licenças, afastamentos e demais situações conhecidas.

Parágrafo único. A gestão deverá manter mecanismos de acompanhamento do absenteísmo, identificando os motivos recorrentes e desenvolvendo medidas de prevenção e reposição, conforme as normas de gestão de pessoas da instituição.

Seção V. Do regime de sobreaviso

Art. 35. O regime de sobreaviso poderá ser adotado exclusivamente como mecanismo complementar de suporte técnico, administrativo ou

assistencial, quando compatível com a natureza da atividade, com a legislação trabalhista e com os instrumentos de contratação aplicáveis.

§ 1º O sobreaviso será organizado mediante escala específica, com identificação do profissional, período de disponibilidade, forma de acionamento e responsável pela convocação.

§ 2º Os acionamentos serão registrados, contemplando horário, motivo, profissional acionado e providências adotadas.

§ 3º O regime de sobreaviso não substituirá a presença física obrigatória dos profissionais previstos na cobertura mínima do Termo de Referência.

§ 4º As atividades que exigirem atuação presencial contínua deverão permanecer cobertas por profissionais em serviço.

Seção VI. Dos fluxos assistenciais e da continuidade do atendimento

Art. 36. O acesso dos usuários ocorrerá por demanda espontânea ou por encaminhamento dos serviços integrantes da Rede de Atenção à Saúde, observados os fluxos pactuados.

§ 1º Os usuários serão acolhidos e classificados conforme o grau de risco, mediante protocolo institucional compatível com as metas do Anexo II do Termo de Referência.

§ 2º A classificação de risco orientará a prioridade do atendimento, não constituindo mecanismo de exclusão de usuários.

§ 3º Os usuários com sinais de gravidade deverão receber atendimento imediato, independentemente da conclusão dos procedimentos administrativos de cadastro.

Art. 37. A organização do atendimento observará os níveis de prioridade e os tempos estabelecidos no Termo de Referência:

I. Vermelho: atendimento imediato, com tempo porta-médico não superior a cinco minutos para fins de aferição do indicador.

II. Laranja: atendimento em até dez minutos.

III. Amarelo: atendimento em até sessenta minutos.

IV. Verde: atendimento em até cento e vinte minutos.

V. Azul: atendimento em até duzentos e quarenta minutos.

Parágrafo único. Os tempos serão monitorados por meio dos registros assistenciais e dos indicadores pactuados, adotando-se medidas de reorganização dos fluxos diante de atrasos ou situações de sobrecarga.

Art. 38. A sala de estabilização destina-se à assistência de usuários em condições críticas, com risco imediato à vida ou necessidade de intervenção e monitoramento intensivo inicial.

§ 1º O atendimento será realizado por profissionais habilitados, com disponibilização de equipamentos, medicamentos e insumos compatíveis com o perfil de urgência e emergência.

§ 2º Os pacientes serão reavaliados segundo a evolução clínica, mantendo-se registros das intervenções e dos parâmetros monitorados.

§ 3º Identificada necessidade de assistência hospitalar de maior complexidade, será iniciado o processo de regulação, observada a prioridade clínica.

Art. 39. A área de observação destina-se ao acompanhamento de pacientes que necessitem de tratamento, reavaliação ou elucidação diagnóstica antes da definição da conduta.

§ 1º A permanência será determinada por avaliação médica, com acompanhamento de enfermagem.

§ 2º As reavaliações serão realizadas conforme a condição clínica, os protocolos assistenciais e a necessidade de monitoramento.

§ 3º A permanência não poderá ultrapassar o limite de 24 horas estabelecido no Termo de Referência.

§ 4º Na impossibilidade de alta dentro desse período, será providenciado o encaminhamento hospitalar por meio da regulação competente, observados os fluxos pactuados.

Art. 40. Os processos de atendimento deverão assegurar o registro das etapas assistenciais, incluindo acolhimento, classificação de risco, consulta, procedimentos, prescrição, exames, reavaliação, alta, transferência ou óbito.

§ 1º A documentação será registrada preferencialmente em prontuário eletrônico, observados os sistemas exigidos ou disponibilizados pelo Município.

§ 2º Em situações de indisponibilidade tecnológica, será adotado procedimento de contingência que permita a continuidade do atendimento e a posterior incorporação dos registros ao sistema.

Seção VII. Das normas administrativas e operacionais

Art. 41. Os serviços de apoio técnico e operacional deverão manter suas atividades organizadas em conformidade com os procedimentos institucionais, as exigências sanitárias e as necessidades assistenciais.

§ 1º A higienização e a desinfecção observarão a classificação de risco das áreas e os procedimentos de limpeza estabelecidos.

§ 2º O processamento de materiais e roupas deverá assegurar a separação entre fluxos contaminados e limpos.

§ 3º O gerenciamento de resíduos observará o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e a legislação aplicável.

§ 4º Os serviços de manutenção deverão manter programação preventiva, registros de execução e mecanismos de atendimento das ocorrências corretivas.

§ 5º Os serviços de alimentação e nutrição, próprios ou contratados, manterão responsabilidade técnica por nutricionista habilitado, assegurando as condições sanitárias exigidas.

Art. 42. A gestão patrimonial compreenderá o controle, a conservação, a manutenção e o inventário dos bens utilizados na execução da parceria.

§ 1º Os bens públicos disponibilizados às unidades serão registrados e controlados conforme o Termo de Permissão de Uso.

§ 2º A movimentação, substituição e destinação dos bens observarão as regras do Termo de Colaboração e as autorizações exigidas pela Administração Pública.

Art. 43. Os profissionais deverão cumprir as normas internas, os protocolos assistenciais, as determinações legais e as regras de segurança aplicáveis às respectivas atividades.

Parágrafo único. Constituem deveres gerais dos profissionais a pontualidade, o cumprimento das escalas, a adequada utilização dos recursos,

o respeito aos usuários e demais trabalhadores, o registro das atividades realizadas e a comunicação de situações que comprometam a qualidade ou a segurança da assistência.

CAPÍTULO IV. DO RELACIONAMENTO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I. Do relacionamento institucional com a Secretaria Municipal da Saúde

Art. 44. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá relacionamento institucional com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, por meio dos representantes designados para a gestão, o acompanhamento e a execução do Termo de Colaboração.

§ 1º A comunicação observará as competências dos responsáveis institucionais e dos representantes da Administração Pública.

§ 2º As demandas de natureza administrativa, técnica e assistencial serão encaminhadas às respectivas instâncias competentes, preservando a identificação dos responsáveis e a rastreabilidade das providências.

Art. 45. Compete à Direção da Unidade assegurar o fornecimento das informações necessárias ao monitoramento, à avaliação e à fiscalização da parceria, incluindo:

I. Relatórios de produção assistencial.

II. Indicadores de qualidade e desempenho.

III. Informações sobre a composição e a cobertura das equipes.

IV. Registros de execução dos serviços de apoio.

V. Informações sobre ocorrências relevantes e riscos assistenciais.

VI. Relatórios gerenciais e documentos comprobatórios da execução.

VII. Informações financeiras e documentais necessárias à prestação de contas.

§ 1º As informações serão encaminhadas nos prazos e formatos estabelecidos no Termo de Referência, no Plano de Trabalho e nos instrumentos de acompanhamento da parceria.

§ 2º A Secretaria Municipal da Saúde terá acesso aos sistemas, bancos de dados, documentos e registros necessários às atividades de gestão, monitoramento, fiscalização e auditoria, observadas as normas de proteção de dados pessoais e sigilo profissional.

Art. 46. As unidades adotarão os sistemas oficiais de informação em saúde exigidos ou disponibilizados pelo Município e aqueles aplicáveis às atividades assistenciais executadas.

§ 1º Caberá à gestão assegurar a alimentação tempestiva e fidedigna dos sistemas, a identificação dos profissionais responsáveis e a consistência das informações registradas.

§ 2º O faturamento assistencial será registrado no CNPJ da Secretaria Municipal da Saúde, conforme o Termo de Referência e as normas do Ministério da Saúde.

§ 3º A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo será responsável pela manutenção dos registros e pela atualização cadastral dos profissionais que atuarem nas unidades no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, independentemente da natureza do vínculo.

Seção II. Da regulação do acesso e das transferências

Art. 47. As Unidades de Pronto Atendimento manterão articulação permanente com o Complexo Regulador Estadual, responsável pela regulação do acesso e pela definição dos fluxos de encaminhamento aos serviços de referência.

§ 1º A indicação clínica de transferência será realizada pelo profissional médico responsável pelo paciente.

§ 2º A solicitação será registrada no sistema regulatório competente, acompanhada das informações clínicas necessárias à avaliação do caso.

§ 3º O intervalo entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual deverá observar o limite de sessenta minutos estabelecido no Termo de Referência.

§ 4º Os registros deverão contemplar os horários da indicação, da solicitação, das respostas da regulação, da disponibilização do recurso e da efetiva saída do paciente.

§ 5º O acompanhamento da solicitação será realizado pela equipe designada, mantendo comunicação com o médico assistente e os profissionais responsáveis pela continuidade dos cuidados.

Art. 48. O transporte sanitário de suporte básico integra as atividades sob responsabilidade da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, nos limites previstos no Termo de Referência.

§ 1º Cada unidade manterá transporte sanitário de suporte básico por ambulância Tipo B, com funcionamento ininterrupto e tripulação composta por condutor de veículo de urgência e técnico de enfermagem, asseguradas as condições mínimas de cobertura estabelecidas no Edital de Chamamento Público e no Quadro de Pessoal.

§ 2º A utilização da ambulância observará os critérios clínicos, os protocolos e as autorizações do Complexo Regulador Estadual.

§ 3º Serão mantidos registros dos deslocamentos, identificação dos usuários transportados, horários, quilometragem, condições operacionais e demais informações exigidas.

Art. 49. As remoções que demandem suporte avançado de vida serão articuladas com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU 192, por intermédio da Central de Regulação das Urgências.

Parágrafo único. As equipes das unidades permanecerão responsáveis pela assistência e estabilização do paciente até a efetivação da transferência, observadas as competências profissionais e os recursos disponíveis.

Seção III. Da articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde

Art. 50. As unidades manterão articulação com a Atenção Primária à Saúde, os serviços ambulatoriais especializados, a rede hospitalar, os serviços de atenção psicossocial, a vigilância em saúde e os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

§ 1º A articulação compreenderá os processos de referência, contrarreferência, compartilhamento de informações assistenciais e encaminhamento dos usuários.

§ 2º A alta deverá ser acompanhada das orientações necessárias à continuidade do cuidado, incluindo recomendações clínicas, terapêutica prescrita e indicação dos serviços de acompanhamento, quando cabível.

§ 3º Os encaminhamentos serão documentados nos sistemas e instrumentos definidos pela Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 51. A contrarreferência à Atenção Primária à Saúde será realizada nos casos em que houver necessidade de seguimento clínico, acompanhamento longitudinal ou continuidade de cuidados.

Parágrafo único. O processo deverá contemplar informações clínicas suficientes para a continuidade assistencial, respeitando a proteção dos dados pessoais e os fluxos de comunicação definidos pela rede municipal.

Art. 52. As unidades manterão integração com os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, assegurando:

I. Identificação e notificação dos agravos de notificação compulsória.

II. Alimentação dos sistemas oficiais aplicáveis.

III. Comunicação de situações de interesse epidemiológico às autoridades competentes.

IV. Adoção das medidas de prevenção e controle indicadas pelos órgãos de vigilância.

V. Disponibilização dos registros necessários às atividades de investigação e acompanhamento.

Seção IV. Da transparência e dos mecanismos de acompanhamento

Art. 53. A execução dos serviços será acompanhada por instrumentos de monitoramento assistencial, administrativo e financeiro, conforme as metas, os indicadores e os mecanismos de prestação de contas estabelecidos no Termo de Referência.

§ 1º Os resultados serão avaliados individualmente para a UPA Norte e para a UPA Sul.

§ 2º As não conformidades identificadas deverão resultar em medidas corretivas, com definição de responsáveis, prazos e mecanismos de verificação.

§ 3º As informações serão consolidadas e disponibilizadas às instâncias competentes, preservando a integridade dos dados e a rastreabilidade dos registros.

Art. 54. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a transparência das informações relacionadas à parceria, observadas as disposições da Lei Federal nº 13.019/2014, do Termo de Referência e das normas de proteção de dados.

Parágrafo único. A publicização dos instrumentos, relatórios e resultados assistenciais observará os mecanismos previstos na Proposta Técnica e as exigências estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde.

CAPÍTULO V. DA APROVAÇÃO, REVISÃO E DISPOSIÇÕES FINAIS

Seção I. Da aprovação do Regimento Interno

Art. 55. O presente Regimento Interno será submetido à apreciação técnica das áreas responsáveis pela gestão administrativa, direção médica, enfermagem e demais serviços envolvidos na sua aplicação.

§ 1º Após a análise técnica, o documento será encaminhado à instância de direção competente da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo para aprovação institucional.

§ 2º O Regimento aprovado será formalizado por ato interno da entidade, com identificação da versão, data de aprovação e responsáveis.

§ 3º O documento será disponibilizado aos profissionais e às equipes das duas unidades, assegurando o conhecimento das normas e responsabilidades estabelecidas.

§ 4º As disposições que dependerem de anuência ou formalização perante a Secretaria Municipal da Saúde serão encaminhadas à Administração Pública, observadas as regras do Termo de Colaboração.

Seção II. Da revisão e atualização

Art. 56. O Regimento Interno será submetido à revisão periódica, no mínimo anual, ou extraordinariamente sempre que ocorrerem circunstâncias que justifiquem sua atualização.

Constituem motivos para revisão:

I. Alterações na legislação e nas normas sanitárias ou profissionais aplicáveis.

II. Modificações autorizadas na estrutura organizacional.

III. Revisão dos fluxos assistenciais e operacionais.

IV. Alterações formalmente aprovadas no Termo de Colaboração ou no Plano de Trabalho.

V. Identificação de riscos, não conformidades ou necessidades de melhoria decorrentes de auditorias e avaliações.

VI. Recomendações dos órgãos de controle e fiscalização.

VII. Propostas fundamentadas das direções técnicas, gerências, comissões e núcleos.

Art. 57. A revisão será coordenada pelo Coordenador Administrativo da Unidade, em articulação com o Gerente da Unidade e as instâncias técnicas relacionadas ao conteúdo a ser alterado.

§ 1º As propostas de modificação deverão ser fundamentadas e acompanhadas da identificação dos dispositivos a serem incluídos, modificados ou revogados.

§ 2º A aprovação observará o procedimento previsto no artigo 55 deste Regimento.

§ 3º As alterações que produzam impacto nas obrigações pactuadas, na estrutura assistencial, nas metas, nos recursos ou nos serviços contratados deverão observar os procedimentos de autorização e formalização previstos no Termo de Colaboração.

Art. 58. O controle documental do Regimento será mantido pelo setor responsável pela gestão da qualidade, contemplando:

I. Identificação do documento.

II. Número da versão.

III. Data de elaboração.

IV. Data de aprovação.

V. Data da última revisão.

VI. Identificação dos responsáveis pela elaboração, análise e aprovação.

VII. Histórico das modificações realizadas.

Parágrafo único. As versões substituídas serão mantidas sob controle documental, assegurando a rastreabilidade das alterações.

Seção III. Das disposições gerais

Art. 59. Os profissionais e colaboradores vinculados à execução dos serviços deverão cumprir as disposições deste Regimento, observadas as respectivas responsabilidades, competências técnicas e condições contratuais.

Art. 60. As disposições regimentais serão complementadas pelos instrumentos específicos de gestão, incluindo os regimentos do corpo clínico e do serviço de enfermagem, os protocolos assistenciais, os manuais de rotinas, os procedimentos operacionais padronizados e os planos institucionais exigidos pelo Termo de Referência.

Parágrafo único. Os documentos complementares deverão manter coerência com este Regimento, com o organograma, com o Quadro de Pessoal e com as obrigações estabelecidas no Termo de Colaboração.

Art. 61. Os casos omissos serão submetidos ao Coordenador Administrativo da Unidade, ao Gerente da Unidade e às instâncias técnicas competentes, conforme a natureza da matéria, observadas a legislação vigente, as normas profissionais e as disposições da parceria.

Parágrafo único. As decisões relativas a matérias reservadas à Administração Pública não poderão ser assumidas unilateralmente pela entidade parceira.

Art. 62. O presente Regimento entrará em vigor após sua aprovação institucional, observadas as condições de início da execução da parceria e a divulgação às equipes das Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul de Palmas.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

Palmas, Tocantins, 2026.

Documento: Minuta de Regimento Interno das Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul.

Situação: Proposta apresentada para fins de avaliação técnica no Chamamento Público nº 001/2026.

V.1.6 — PROPOSTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta a Minuta do Regimento do Serviço de Enfermagem, destinada às Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul do Município de Palmas, Tocantins, elaborada em conformidade com o item V.1.6 do Anexo V do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

O documento estabelece as diretrizes de organização, funcionamento, responsabilidades profissionais e gestão da assistência de enfermagem, observando a legislação vigente, as normas do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), do Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins (Coren-TO) e as disposições aplicáveis à execução da parceria.

A minuta é apresentada em texto integral, estruturada em sete capítulos, contemplando os cinco elementos mínimos estabelecidos no roteiro de avaliação técnica, conforme descrito a seguir:

a. Estrutura do serviço e vinculação ao responsável técnico de enfermagem, com indicação do registro no conselho de classe. Contemplada no Capítulo II, artigos 3º a 8º, que estabelece a estrutura organizacional do Serviço de Enfermagem, sua vinculação administrativa e técnica, os critérios de designação do Enfermeiro Responsável Técnico, a identificação do registro profissional perante o Coren-TO e as competências de gerenciamento e coordenação.

b. Competências e atribuições por categoria profissional, discriminadas entre enfermeiro e técnico de enfermagem. Contempladas no Capítulo III, artigos

9º a 14, que define as atribuições específicas de cada categoria, as atividades privativas do enfermeiro, as responsabilidades dos técnicos de enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem, observados os limites legais de atuação profissional.

c. Critérios de dimensionamento e de elaboração das escalas, observada a legislação de regência. Contemplados no Capítulo IV, artigos 15 a 20, que apresenta os critérios de dimensionamento de pessoal, os critérios de dimensionamento individualizados para as duas Unidades de Pronto Atendimento, os procedimentos de elaboração e controle das escalas, os mecanismos de cobertura de ausências e o acompanhamento das necessidades de adequação da força de trabalho.

d. Rotinas de passagem de plantão, de registro em prontuário e de comunicação de intercorrências. Contempladas no Capítulo V, artigos 21 a 26, que disciplina os procedimentos de transmissão das informações entre turnos, os requisitos de documentação da assistência no prontuário, a comunicação de alterações clínicas e o registro e encaminhamento de incidentes e eventos adversos.

e. Rotinas de supervisão e de educação permanente da equipe de enfermagem. Contempladas no Capítulo VI, artigos 27 a 34, que estabelece as responsabilidades pela supervisão assistencial, os mecanismos de avaliação da qualidade dos cuidados, a organização das capacitações, o acompanhamento da efetividade das ações educativas e a atuação da Comissão de Ética de Enfermagem.

Complementarmente, o Capítulo I, artigos 1º e 2º, estabelece as disposições preliminares e as finalidades do Serviço de Enfermagem, enquanto o Capítulo VII, artigos 35 a 40, disciplina os deveres profissionais, os procedimentos de aprovação e revisão do Regimento e suas disposições finais.

Dessa forma, a minuta apresentada abaixo estabelece as normas que orientarão a organização e a execução dos serviços de enfermagem nas duas unidades, assegurando correspondência com o dimensionamento de pessoal, o organograma institucional e o Programa de Educação Permanente previstos na Proposta Técnica.

MINUTA DO REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

Chamamento Público nº 001/2026

Unidade de Pronto Atendimento Norte, José de Souza Dourado, CNES nº 2755289.

Unidade de Pronto Atendimento Sul, Gerson Pires de Aguiar, CNES nº 2492555.

Município de Palmas, Tocantins.

CAPÍTULO I. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES E FINALIDADES

Art. 1º O presente Regimento estabelece a estrutura organizacional, as competências, as atribuições, as normas de funcionamento e os mecanismos de supervisão e controle do Serviço de Enfermagem das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul de Palmas, sob gestão da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

§ 1º O Serviço de Enfermagem integra a estrutura técnico-assistencial das unidades e desenvolve suas atividades de forma ininterrupta, assegurando assistência aos usuários nas situações de urgência e emergência, observadas as competências profissionais e as condições estabelecidas no Termo de Referência.

§ 2º As disposições deste Regimento aplicam-se aos enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados às unidades, independentemente da modalidade de contratação, respeitados os vínculos funcionais e a legislação aplicável.

§ 3º A organização dos serviços observará a Lei Federal nº 7.498/1986, o Decreto Federal nº 94.406/1987, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 564/2017, e as demais normas vigentes do Conselho Federal de Enfermagem e do Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins.

Art. 2º O Serviço de Enfermagem tem por finalidade organizar, executar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem, assegurando a continuidade do cuidado, a segurança do paciente, a observância dos protocolos assistenciais e a integração com os demais serviços.

Constituem objetivos específicos:

I. Prestar assistência de enfermagem aos usuários adultos e pediátricos, considerando suas necessidades clínicas, grau de dependência e classificação de risco.

II. Assegurar atendimento nas áreas de acolhimento, classificação de risco, procedimentos, medicação, observação e estabilização.

III. Implementar o Processo de Enfermagem de forma sistemática, conforme a Resolução Cofen nº 736/2024.

IV. Promover a identificação e a comunicação de alterações clínicas, eventos adversos e situações que representem risco ao usuário.

V. Garantir o cumprimento das prescrições de enfermagem e a execução dos cuidados e procedimentos dentro das competências de cada categoria profissional.

VI. Promover a utilização segura de medicamentos, materiais e equipamentos.

VII. Desenvolver ações de prevenção de infecções relacionadas à assistência e de segurança do paciente.

VIII. Participar das atividades de vigilância epidemiológica e notificação compulsória.

IX. Monitorar indicadores relacionados à qualidade e à segurança da assistência de enfermagem.

X. Promover a qualificação dos profissionais por meio de ações de supervisão, treinamento e educação permanente.

CAPÍTULO II. DA ESTRUTURA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM E DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Seção I. Da estrutura organizacional

Art. 3º O Serviço de Enfermagem será organizado sob responsabilidade técnica de enfermeiro formalmente designado pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, com inscrição regular no Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins e Anotação de Responsabilidade Técnica concedida pelo referido Conselho.

§ 1º A organização funcional compreenderá:

I. Coordenador de Enfermagem, que exercerá a função de Enfermeiro Responsável Técnico.

II. Supervisão de Enfermagem.

III. Enfermeiros assistenciais.

IV. Técnicos de enfermagem.

§ 2º As funções de gerenciamento e supervisão observarão a estrutura apresentada no organograma do item V.2.10 da Proposta Técnica e o dimensionamento constante do Quadro de Pessoal do item V.2.9, sem criação de postos não previstos no planejamento aprovado.

§ 3º Os enfermeiros e técnicos de enfermagem estarão vinculados administrativamente à estrutura de gestão da unidade e tecnicamente ao Coordenador de Enfermagem, na condição de Enfermeiro Responsável Técnico, respeitadas as competências privativas e a autonomia profissional previstas em lei.

§ 4º As atividades de enfermagem desenvolvidas nas unidades estarão organizadas nas seguintes áreas funcionais:

I. Acolhimento e classificação de risco.

II. Consultórios e apoio aos atendimentos médicos.

III. Sala de medicação.

IV. Sala de procedimentos, curativos e suturas.

V. Sala de imobilização ortopédica.

VI. Sala de observação adulta e pediátrica.

VII. Sala de estabilização.

VIII. Apoio à realização de exames e procedimentos diagnósticos.

IX. Transporte sanitário de suporte básico.

X. Demais áreas que demandem assistência de enfermagem, conforme o escopo assistencial pactuado.

Art. 4º A estrutura organizacional do Serviço de Enfermagem será individualizada para cada Unidade de Pronto Atendimento, considerando a distribuição dos profissionais por setor e turno, as características da demanda e os parâmetros definidos no Termo de Referência.

§ 1º A UPA Norte e a UPA Sul manterão organização técnico-assistencial compatível com o funcionamento ininterrupto e com a cobertura necessária à execução das atividades.

§ 2º As equipes destinadas à assistência interna serão dimensionadas separadamente das equipes de transporte sanitário, sendo vedada a utilização simultânea do mesmo profissional para cobertura de postos distintos.

§ 3º A distribuição dos profissionais deverá assegurar a presença de enfermeiro nos setores e atividades que demandem avaliação, supervisão ou execução de procedimentos de competência privativa dessa categoria.

Seção II. Da responsabilidade técnica

Art. 5º A responsabilidade técnica do Serviço de Enfermagem será exercida por enfermeiro legalmente habilitado, com Anotação de Responsabilidade Técnica registrada no Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins, nos termos da Resolução Cofen nº 782/2025, alterada pela Resolução Cofen nº 784/2025.

§ 1º A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo formalizará a indicação dos profissionais responsáveis, com identificação individualizada por unidade:

UPA Norte, José de Souza Dourado

Enfermeiro Responsável Técnico: a indicar no instrumento próprio.

Registro profissional: Coren-TO nº [a preencher], categoria Enfermeiro.

Anotação de Responsabilidade Técnica: a ser requerida e registrada perante o Coren-TO.

UPA Sul, Gerson Pires de Aguiar

Enfermeiro Responsável Técnico: a indicar no instrumento próprio.

Registro profissional: Coren-TO nº [a preencher], categoria Enfermeiro.

Anotação de Responsabilidade Técnica: a ser requerida e registrada perante o Coren-TO.

§ 2º A indicação dos profissionais, as respectivas habilitações e os comprovantes de experiência deverão observar os requisitos do Termo de Referência e da regulamentação profissional.

§ 3º A Certidão de Responsabilidade Técnica será mantida vigente e afixada em local visível e de acesso ao público, conforme as normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

§ 4º O processo de concessão, renovação e cancelamento da Anotação de Responsabilidade Técnica observará os procedimentos estabelecidos pelo Coren-TO.

Art. 6º Compete ao Enfermeiro Responsável Técnico:

I. Planejar, organizar, dirigir, coordenar e avaliar o Serviço de Enfermagem.

II. Elaborar e manter atualizado o planejamento e a programação das atividades de enfermagem.

III. Realizar o dimensionamento da força de trabalho, observando a complexidade assistencial, a distribuição da demanda, as jornadas e as condições de segurança.

IV. Supervisionar a elaboração e a execução das escalas de trabalho.

V. Assegurar que os profissionais possuam habilitação legal, inscrição regular e condições técnicas compatíveis com as atividades desempenhadas.

VI. Coordenar a elaboração, implantação e revisão das normas, rotinas e procedimentos de enfermagem.

VII. Supervisionar a implementação do Processo de Enfermagem.

VIII. Promover o cumprimento do Código de Ética e das normas de exercício profissional.

IX. Identificar riscos assistenciais e comunicar formalmente ao Gerente da Unidade as condições que comprometam a segurança dos usuários ou trabalhadores.

X. Participar das atividades das comissões e dos núcleos relacionados à assistência de enfermagem.

XI. Acompanhar os indicadores assistenciais e propor medidas de melhoria.

XII. Promover a integração entre os profissionais de enfermagem e as demais equipes assistenciais.

XIII. Assegurar a atualização dos registros e da documentação técnica do serviço.

XIV. Manter relacionamento institucional com o Coren-TO, disponibilizando as informações e documentos exigidos no exercício da fiscalização profissional.

XV. Planejar e acompanhar as ações de educação permanente da equipe.

Art. 7º O exercício da responsabilidade técnica observará a carga horária registrada na Anotação de Responsabilidade Técnica e as condições previstas na Resolução Cofen nº 782/2025.

§ 1º Durante a jornada destinada à responsabilidade técnica na modalidade de gestão assistencial, o profissional exercerá exclusivamente as atribuições correspondentes, sendo vedado o desempenho concomitante de atividades assistenciais diretas ou de funções incompatíveis.

§ 2º A eventual inclusão do Enfermeiro Responsável Técnico no quantitativo geral de profissionais deverá preservar a cobertura dos postos assistenciais e a compatibilidade das jornadas.

§ 3º A ausência, afastamento ou desligamento do profissional responsável deverá ser formalmente comunicada às instâncias competentes, com adoção das providências necessárias à continuidade da responsabilidade técnica e à regularização perante o Coren-TO.

Seção III. Da Coordenação de Enfermagem

Art. 8º Compete ao Coordenador de Enfermagem, na condição de Enfermeiro Responsável Técnico, sem prejuízo das atribuições específicas da responsabilidade técnica previstas neste Regimento:

I. Organizar a distribuição dos profissionais por área de atendimento e turno.

II. Acompanhar diariamente as condições de funcionamento dos setores assistenciais.

III. Verificar a cobertura das escalas e providenciar as substituições necessárias.

IV. Supervisionar a assistência de enfermagem e o cumprimento dos protocolos institucionais.

V. Avaliar a execução dos procedimentos técnicos e a qualidade dos registros assistenciais.

VI. Promover reuniões de alinhamento e orientação com as equipes.

VII. Acompanhar a disponibilidade de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à assistência.

VIII. Participar da análise das intercorrências, não conformidades e eventos adversos.

IX. Elaborar relatórios gerenciais e acompanhar os indicadores de desempenho.

X. Coordenar, juntamente com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, as ações de treinamento e capacitação dos profissionais.

XI. Acompanhar as atividades de integração, avaliação de desempenho e orientação dos profissionais recém-admitidos.

XII. Comunicar ao Gerente da Unidade e às instâncias técnicas competentes as ocorrências que exijam providências administrativas ou técnicas.

CAPÍTULO III. DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Seção I. Das competências do enfermeiro

Art. 9º O enfermeiro exercerá as atribuições previstas na Lei Federal nº 7.498/1986, no Decreto nº 94.406/1987 e nas normas complementares do Conselho Federal de Enfermagem.

Constituem atividades privativas do enfermeiro, entre outras previstas na legislação:

I. Direção e organização dos serviços de enfermagem.

II. Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem.

III. Consulta de enfermagem.

IV. Diagnóstico de Enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem.

V. Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte.

VI. Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos científicos e capacidade de decisão imediata.

VII. Consultoria, auditoria e emissão de pareceres sobre matéria de enfermagem.

Art. 10. Compete ao enfermeiro assistencial:

I. Realizar avaliação clínica de enfermagem dos usuários, identificando necessidades de cuidado e riscos assistenciais.

II. Executar o Processo de Enfermagem, com registro das etapas de avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução.

III. Realizar o acolhimento com classificação de risco, mediante protocolo adotado institucionalmente.

IV. Identificar situações de agravamento clínico e promover o encaminhamento imediato aos profissionais e setores competentes.

V. Prestar assistência direta aos pacientes críticos e àqueles que necessitem de cuidados de maior complexidade.

VI. Elaborar, executar e avaliar os planos de cuidados de enfermagem.

VII. Supervisionar a administração de medicamentos, a realização de procedimentos e a monitorização dos usuários.

VIII. Coordenar a assistência nas salas de observação e estabilização, em articulação com a equipe médica.

IX. Orientar e supervisionar as atividades executadas pelos técnicos de enfermagem.

X. Participar dos procedimentos de suporte básico e avançado de vida, conforme sua habilitação e os protocolos aplicáveis.

XI. Acompanhar o processo de admissão, transferência e alta dos usuários, assegurando a continuidade dos cuidados.

XII. Realizar a passagem de plantão e assegurar a transmissão das informações assistenciais relevantes.

XIII. Registrar as avaliações, prescrições, intervenções e evoluções de enfermagem no prontuário.

XIV. Comunicar intercorrências e eventos adversos, adotando as medidas imediatas de sua competência.

XV. Orientar usuários e acompanhantes quanto aos cuidados, procedimentos e encaminhamentos.

XVI. Zelar pela conservação dos equipamentos e pela disponibilidade dos insumos necessários à assistência.

XVII. Participar dos programas de educação permanente, reuniões técnicas e atividades de melhoria dos processos assistenciais.

XVIII. Colaborar com as atividades de vigilância epidemiológica, segurança do paciente e prevenção de infecções relacionadas à assistência.

Art. 11. O enfermeiro responsável pela classificação de risco deverá:

I. Realizar a avaliação inicial do usuário, conforme o protocolo institucional adotado.

II. Identificar o nível de prioridade assistencial e registrar a classificação atribuída.

III. Reconhecer sinais de gravidade e situações que demandem intervenção imediata.

IV. Providenciar o direcionamento do usuário à área assistencial correspondente.

V. Reavaliar o risco diante de alterações clínicas ou aumento do tempo de espera.

VI. Registrar no sistema os horários, a classificação, os achados relevantes e as providências adotadas.

VII. Comunicar à equipe médica as situações que demandem prioridade ou intervenção imediata.

Parágrafo único. A classificação de risco será realizada por enfermeiro habilitado, observadas as normas profissionais e os níveis de prioridade e tempos de atendimento estabelecidos no Anexo II do Termo de Referência.

Seção II. Das competências do técnico de enfermagem

Art. 12. O técnico de enfermagem exercerá as atividades previstas na Lei Federal nº 7.498/1986 e no Decreto nº 94.406/1987, sob orientação e supervisão do enfermeiro, respeitados os limites de sua habilitação profissional.

Compete ao técnico de enfermagem:

I. Executar os cuidados de enfermagem prescritos, observando os protocolos assistenciais e as orientações do enfermeiro.

II. Aferir e registrar sinais vitais e outros parâmetros de monitoramento clínico.

III. Administrar medicamentos conforme prescrição válida e normas de segurança, observados os limites legais de atuação.

IV. Realizar procedimentos de enfermagem compatíveis com sua formação e habilitação.

V. Auxiliar na preparação e no acompanhamento de usuários submetidos a exames e procedimentos.

VI. Executar cuidados de higiene, conforto, mobilização e prevenção de lesões, conforme as necessidades identificadas.

VII. Prestar assistência aos usuários em observação, comunicando alterações clínicas ao enfermeiro responsável.

VIII. Auxiliar nos procedimentos realizados nas salas de estabilização, observando as competências profissionais.

IX. Preparar e organizar materiais, equipamentos e ambientes necessários à realização dos cuidados.

X. Conferir e registrar a administração de medicamentos e a execução dos procedimentos.

XI. Participar da passagem de plantão, comunicando informações relevantes sobre os usuários e as atividades pendentes.

XII. Registrar no prontuário os cuidados executados, as observações e as intercorrências identificadas.

XIII. Comunicar imediatamente ao enfermeiro sinais de agravamento clínico, resultados críticos ou outras situações de risco.

XIV. Cumprir as normas de prevenção de infecções, segurança do paciente e gerenciamento de resíduos.

XV. Participar das ações de educação permanente e dos treinamentos institucionais.

Art. 13. É vedado ao técnico de enfermagem exercer atividades privativas do enfermeiro, especialmente realizar diagnóstico de enfermagem, prescrever cuidados de enfermagem ou assumir isoladamente a responsabilidade pela assistência direta a pacientes graves quando essa atribuição for privativa do enfermeiro.

Parágrafo único. A execução dos procedimentos pelos técnicos de enfermagem deverá ocorrer mediante supervisão compatível com a complexidade assistencial e com as condições de funcionamento do setor.

Seção III. Do Processo de Enfermagem

Art. 14. O Processo de Enfermagem será implementado nas unidades de forma sistemática, conforme a Resolução Cofen nº 736/2024, constituindo instrumento de organização, documentação e avaliação do cuidado.

§ 1º O Processo de Enfermagem compreenderá cinco etapas inter-relacionadas:

I. Avaliação de Enfermagem.

II. Diagnóstico de Enfermagem.

III. Planejamento de Enfermagem.

IV. Implementação de Enfermagem.

V. Evolução de Enfermagem.

§ 2º O enfermeiro será responsável pelas atividades privativas de diagnóstico e prescrição de enfermagem.

§ 3º Os técnicos de enfermagem participarão da implementação dos cuidados prescritos, realizando as anotações, a checagem das atividades e a comunicação das informações necessárias ao acompanhamento assistencial.

§ 4º O Processo de Enfermagem será documentado no prontuário do usuário, em meio físico ou eletrônico, conforme os sistemas disponibilizados ou exigidos pela Secretaria Municipal da Saúde.

CAPÍTULO IV. DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL E DA ELABORAÇÃO DAS ESCALAS

Seção I. Dos critérios de dimensionamento

Art. 15. O dimensionamento da equipe de enfermagem será elaborado pelo Enfermeiro Responsável Técnico, com fundamento no Parecer Normativo

Cofen nº 1/2024, nos parâmetros assistenciais do Termo de Referência e nas características operacionais de cada unidade.

§ 1º O dimensionamento considerará:

I. O funcionamento ininterrupto durante 24 horas por dia, todos os dias da semana.

II. O número de atendimentos de referência e sua distribuição por dia, turno e horário.

III. O perfil epidemiológico e a classificação de risco dos usuários.

IV. A complexidade e a dependência assistencial dos pacientes.

V. A capacidade instalada e a distribuição física dos setores.

VI. O número de postos necessários à cobertura das áreas assistenciais.

VII. As atividades de acolhimento, classificação de risco, procedimentos, observação e estabilização.

VIII. A jornada semanal e o regime de trabalho de cada categoria.

IX. A previsão de férias, afastamentos, folgas, licenças e demais ausências.

X. O índice de segurança técnica e a necessidade de profissionais para cobertura de substituições.

XI. As atividades de supervisão, responsabilidade técnica e educação permanente.

XII. A necessidade de preservação dos postos assistenciais nos períodos de maior demanda.

§ 2º O dimensionamento será acompanhado de memória de cálculo, demonstrando a relação entre postos por turno, carga horária, quantitativo de profissionais e mecanismos de cobertura.

§ 3º Os quantitativos deverão ser compatíveis com as atividades assumidas e com os custos de pessoal previstos na Proposta Financeira.

Art. 16. O dimensionamento das equipes de enfermagem será estabelecido individualmente para a Unidade de Pronto Atendimento Norte, José de Souza Dourado, e para a Unidade de Pronto Atendimento Sul, Gerson Pires de Aguiar, observadas as determinações do Edital de Chamamento Público, as

normas profissionais aplicáveis e as características assistenciais e operacionais de cada unidade.

§ 1º O dimensionamento contemplará enfermeiros e técnicos de enfermagem, considerando a distribuição dos profissionais por área assistencial, período de funcionamento, complexidade dos cuidados e necessidade de cobertura contínua dos serviços.

§ 2º A composição das equipes deverá assegurar a execução das atividades de acolhimento e classificação de risco, procedimentos, medicação, observação, estabilização e demais cuidados de enfermagem previstos no escopo assistencial.

§ 3º As equipes de transporte sanitário serão dimensionadas separadamente das equipes de assistência interna, sendo vedada a utilização simultânea do mesmo profissional para cobertura de postos distintos.

§ 4º O planejamento de pessoal deverá preservar a correspondência entre o dimensionamento apresentado, as escalas executadas, o organograma institucional e os custos previstos para cada unidade, conforme o Quadro de Pessoal aprovado para execução da parceria.

Art. 17. A memória de dimensionamento considerará os postos de trabalho necessários à cobertura assistencial durante os sete dias da semana, observados os parâmetros mínimos estabelecidos no Edital de Chamamento Público.

§ 1º Para postos de 12 horas com cobertura diária, serão consideradas 84 horas semanais por posto.

§ 2º Quando adotada a escala de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, o cálculo observará a jornada correspondente e o índice de segurança técnica aplicável.

§ 3º Será adotado o fator mínimo de 2,30 profissionais por posto de 12 horas, com cobertura durante os sete dias da semana, considerado o índice de segurança técnica de 15%, assegurada a compatibilidade com as jornadas, as escalas de trabalho, a legislação profissional e a cobertura assistencial exigida.

§ 4º A memória de cálculo demonstrará a aplicação dos critérios de cobertura, observadas a legislação trabalhista, os instrumentos coletivos aplicáveis no Estado do Tocantins e as normas profissionais vigentes.

§ 5º A necessidade de profissionais para atividades gerenciais, de supervisão e responsabilidade técnica será avaliada de forma compatível com as funções previstas, preservando a cobertura assistencial e a vedação do exercício simultâneo de atividades incompatíveis.

§ 6º O dimensionamento de pessoal deverá assegurar a correspondência entre o quantitativo de profissionais, as jornadas contratuais e as escalas de trabalho, garantindo a cobertura integral dos postos assistenciais nos períodos diurno e noturno. A elaboração das escalas considerará os períodos de descanso, folgas, férias, afastamentos e substituições, preservando os parâmetros mínimos de cobertura estabelecidos no Edital de Chamamento Público e a continuidade da assistência.

Seção II. Da elaboração das escalas

Art. 18. As escalas de trabalho serão elaboradas mensalmente pela Coordenação de Enfermagem, sob responsabilidade do Coordenador de Enfermagem, na condição de Enfermeiro Responsável Técnico, considerando as necessidades de cobertura assistencial e o regime de jornada de cada profissional.

§ 1º As escalas deverão identificar:

I. Nome da instituição e da unidade.

II. Setor de atuação.

III. Nome completo do profissional.

IV. Categoria profissional.

V. Número de inscrição no Coren-TO.

VI. Horário e turno de trabalho.

VII. Jornada contratual e regime de escala.

VIII. Folgas e afastamentos programados.

IX. Período de vigência da escala.

X. Identificação e assinatura do enfermeiro responsável pela elaboração.

§ 2º As escalas serão disponibilizadas previamente aos profissionais, mantidas acessíveis nas áreas de trabalho e atualizadas diante de alterações autorizadas.

§ 3º A distribuição diária deverá assegurar profissionais habilitados para cada área assistencial, observando o grau de complexidade e as necessidades dos pacientes.

§ 4º As escalas executadas serão confrontadas com os registros de frequência e mantidas disponíveis para avaliação da gestão e dos órgãos de fiscalização.

Art. 19. As unidades adotarão mecanismos de cobertura das ausências programadas e não programadas, preservando a continuidade assistencial.

§ 1º As ausências programadas deverão ser consideradas previamente na elaboração das escalas.

§ 2º Nas ausências não programadas, o enfermeiro responsável pelo plantão comunicará imediatamente à Coordenação de Enfermagem a necessidade de reposição.

§ 3º As substituições serão realizadas por profissionais devidamente habilitados, observadas a categoria, a experiência necessária e a compatibilidade da jornada.

§ 4º O remanejamento entre setores será permitido mediante avaliação do enfermeiro supervisor, desde que não comprometa a assistência nas áreas de origem e de destino.

§ 5º As ocorrências, substituições e alterações de escala deverão ser registradas, com identificação dos responsáveis e das providências adotadas.

§ 6º A cobertura dos postos não poderá ser condicionada à realização habitual de jornadas extraordinárias ou à utilização de profissionais sem habilitação compatível.

Seção III. Do acompanhamento do dimensionamento

Art. 20. O dimensionamento será acompanhado pela Coordenação de Enfermagem por meio de avaliação periódica da demanda assistencial, das condições operacionais e da cobertura efetiva das equipes.

§ 1º Serão analisados os indicadores de absenteísmo, afastamentos, substituições, horas extraordinárias, distribuição de pacientes e ocorrências relacionadas à insuficiência de pessoal.

§ 2º As necessidades de adequação serão formalizadas em relatório técnico, contendo a justificativa, os impactos assistenciais e as medidas propostas.

§ 3º As alterações que repercutirem no Quadro de Pessoal aprovado ou nos custos da parceria observarão os procedimentos previstos no Termo de Colaboração.

CAPÍTULO V. DA PASSAGEM DE PLANTÃO, DOS REGISTROS E DA COMUNICAÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS

Seção I. Da passagem de plantão

Art. 21. A passagem de plantão constitui procedimento obrigatório de continuidade da assistência, devendo ser realizada entre os profissionais responsáveis pelos turnos sucessivos.

§ 1º A passagem de plantão ocorrerá preferencialmente de forma presencial, em ambiente que assegure a confidencialidade das informações, utilizando instrumento institucional padronizado.

§ 2º O enfermeiro responsável pelo setor coordenará a transmissão das informações, assegurando a identificação dos pacientes e a comunicação das situações que demandem acompanhamento prioritário.

§ 3º As informações transmitidas deverão contemplar:

I. Identificação dos pacientes em atendimento e observação.

II. Diagnósticos e condições clínicas relevantes.

III. Classificação de risco e alterações clínicas ocorridas.

IV. Prescrições médicas e de enfermagem em execução.

V. Medicamentos administrados e pendentes.

VI. Exames solicitados, realizados e resultados pendentes.

VII. Procedimentos e intervenções executados ou programados.

VIII. Pacientes em processo de transferência ou regulação.

IX. Eventos adversos, intercorrências e medidas adotadas.

X. Condições de equipamentos e disponibilidade de materiais críticos.

XI. Pendências assistenciais que exijam continuidade no plantão seguinte.

Art. 22. A passagem de plantão será registrada em instrumento próprio, físico ou eletrônico, com identificação dos profissionais envolvidos e das informações relevantes.

§ 1º As informações referentes à assistência individual deverão constar também do prontuário do usuário.

§ 2º As pendências serão acompanhadas pelo enfermeiro responsável pelo turno de recebimento.

§ 3º As ocorrências administrativas e operacionais serão registradas nos instrumentos específicos de gestão.

Seção II. Dos registros assistenciais

Art. 23. Os registros de enfermagem serão realizados de forma individualizada, tempestiva, objetiva, legível e completa, observadas as disposições da Resolução Cofen nº 736/2024, da Resolução Cofen nº 754/2024 e das demais normas aplicáveis.

§ 1º O enfermeiro registrará as etapas do Processo de Enfermagem, incluindo a avaliação, os diagnósticos, o planejamento, as intervenções e a evolução assistencial.

§ 2º Os técnicos de enfermagem registrarão as ações executadas, os cuidados prestados, os parâmetros monitorados, as intercorrências e as checagens pertinentes.

§ 3º Todos os registros deverão conter identificação do profissional, categoria, número de inscrição no conselho, data e horário, observados os requisitos do sistema utilizado.

§ 4º As informações serão registradas no prontuário eletrônico disponibilizado ou exigido pelo Município, observadas as rotinas de contingência em caso de indisponibilidade tecnológica.

§ 5º É vedada a realização de registros por terceiros, a utilização indevida de credenciais individuais e a alteração de informações sem identificação e rastreabilidade.

Art. 24. A documentação de enfermagem deverá assegurar o acompanhamento do usuário desde sua admissão até a alta, transferência ou óbito.

Constituem registros assistenciais:

I. Acolhimento e classificação de risco.

II. Avaliação e reavaliação de enfermagem.

III. Diagnósticos e prescrições de enfermagem.

IV. Administração de medicamentos e execução de procedimentos.

V. Sinais vitais e parâmetros de monitoramento.

VI. Intercorrências e eventos adversos.

VII. Comunicação com outros profissionais e serviços.

VIII. Orientações prestadas aos usuários e acompanhantes.

IX. Condutas relacionadas à transferência e à continuidade dos cuidados.

X. Evolução e encerramento da assistência de enfermagem.

Parágrafo único. Os registros deverão observar o sigilo profissional e as disposições da Lei Federal nº 13.709/2018, garantindo o acesso às informações exclusivamente aos profissionais e agentes autorizados.

Seção III. Da comunicação de intercorrências

Art. 25. Toda intercorrência clínica, assistencial ou operacional que represente risco ao usuário deverá ser identificada, comunicada e registrada pelo profissional que a constatou.

§ 1º As intercorrências clínicas serão comunicadas imediatamente ao enfermeiro responsável e ao médico assistente, conforme a natureza e a gravidade da ocorrência.

§ 2º Nos casos de agravamento súbito ou risco imediato à vida, a equipe adotará as medidas de sua competência e acionará os profissionais e recursos necessários ao atendimento.

§ 3º A comunicação deverá contemplar a identificação do paciente, a condição apresentada, o horário de identificação, as medidas realizadas e a resposta assistencial.

§ 4º As ocorrências que envolvam falhas de equipamentos, indisponibilidade de insumos, riscos ambientais ou insuficiência de cobertura profissional serão comunicadas à Coordenação de Enfermagem e à gestão responsável.

Art. 26. Os incidentes e eventos adversos serão registrados nos instrumentos institucionais de gestão de riscos, assegurada a comunicação ao Núcleo de Segurança do Paciente e às instâncias competentes.

§ 1º A notificação deverá ocorrer conforme a classificação do evento e os prazos estabelecidos na legislação e nos protocolos institucionais.

§ 2º Os registros serão utilizados na análise das causas e na definição de medidas corretivas e preventivas.

§ 3º As informações serão tratadas com confidencialidade, preservando os direitos dos usuários e dos profissionais envolvidos.

CAPÍTULO VI. DA SUPERVISÃO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Seção I. Da supervisão de enfermagem

Art. 27. A supervisão das atividades de enfermagem será realizada pelos enfermeiros designados, sob coordenação do Coordenador de Enfermagem, na condição de Enfermeiro Responsável Técnico.

§ 1º A supervisão deverá contemplar o acompanhamento das práticas assistenciais, a organização das equipes, a utilização dos recursos e o cumprimento das normas e procedimentos institucionais.

§ 2º A supervisão será realizada continuamente durante os plantões, com registro das não conformidades e das providências adotadas.

Art. 28. Compete ao enfermeiro supervisor:

I. Verificar a distribuição dos profissionais nos setores sob sua responsabilidade.

II. Acompanhar a cobertura das escalas e as necessidades de remanejamento.

III. Avaliar as condições assistenciais e a distribuição dos pacientes conforme a complexidade do cuidado.

IV. Supervisionar a execução das prescrições e procedimentos de enfermagem.

V. Acompanhar o cumprimento dos protocolos assistenciais e de segurança do paciente.

VI. Verificar a qualidade dos registros e das informações transmitidas na passagem de plantão.

VII. Identificar dificuldades técnicas e necessidades de treinamento da equipe.

VIII. Acompanhar a disponibilidade e as condições de funcionamento dos equipamentos e materiais.

IX. Registrar e comunicar intercorrências e não conformidades.

X. Orientar os profissionais quanto à correção de falhas e ao aperfeiçoamento dos processos.

XI. Participar das reuniões técnicas, auditorias e atividades de avaliação da assistência.

Art. 29. A avaliação da assistência de enfermagem será realizada por meio de auditorias de prontuários, observação dos processos de trabalho e acompanhamento dos indicadores assistenciais.

§ 1º Serão monitorados, entre outros indicadores:

I. Conformidade dos registros de enfermagem.

II. Adesão ao Processo de Enfermagem.

III. Cumprimento dos protocolos de identificação do paciente.

IV. Conformidade na administração segura de medicamentos.

V. Ocorrência e notificação de incidentes e eventos adversos.

VI. Adesão às práticas de prevenção de infecções.

VII. Conformidade da passagem de plantão.

VIII. Cobertura das escalas e absenteísmo.

IX. Participação dos profissionais nas ações de educação permanente.

§ 2º Os indicadores serão consolidados mensalmente e analisados pela Coordenação de Enfermagem, com elaboração de planos de melhoria quando identificadas não conformidades.

Seção II. Da educação permanente

Art. 30. A educação permanente da equipe de enfermagem será organizada em articulação com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde,

observando o Programa de Educação Permanente apresentado no item V.2.12 da Proposta Técnica.

§ 1º As ações educativas serão planejadas a partir das necessidades identificadas nos processos assistenciais, indicadores, auditorias, eventos adversos, avaliações de desempenho e atualizações científicas e normativas.

§ 2º O planejamento compreenderá atividades de integração, capacitações teóricas e práticas, treinamentos em serviço, simulações e discussão de casos clínicos.

Art. 31. A matriz de capacitação da equipe de enfermagem contemplará, prioritariamente:

I. Acolhimento e classificação de risco.

II. Atendimento inicial às urgências e emergências.

III. Suporte básico de vida e participação no suporte avançado de vida.

IV. Protocolos assistenciais de dor torácica, acidente vascular cerebral, sepse e trauma.

V. Processo de Enfermagem e registros em prontuário.

VI. Segurança do paciente e prevenção de eventos adversos.

VII. Identificação segura do paciente e administração segura de medicamentos.

VIII. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

IX. Precauções, isolamento e utilização de equipamentos de proteção individual.

X. Manejo e monitoramento de pacientes críticos.

XI. Comunicação assistencial e passagem de plantão.

XII. Ética profissional, sigilo e proteção de dados.

XIII. Gerenciamento de resíduos e segurança do trabalhador.

XIV. Atendimento humanizado e comunicação com usuários e familiares.

Art. 32. As atividades de educação permanente serão organizadas mediante cronograma anual, com ações distribuídas ao longo dos meses e compatíveis com as escalas de trabalho.

§ 1º A integração dos profissionais recém-admitidos deverá contemplar o conhecimento das normas institucionais, dos fluxos assistenciais, das

atribuições profissionais e dos protocolos aplicáveis antes da atuação autônoma no setor.

§ 2º Serão realizadas atividades educativas periódicas, com priorização dos temas relacionados aos riscos assistenciais e às necessidades identificadas pela supervisão.

§ 3º As capacitações deverão preservar a cobertura dos postos assistenciais e a continuidade dos serviços.

§ 4º Os profissionais responsáveis pelas atividades deverão manter registros do conteúdo, da carga horária, dos participantes e dos resultados da avaliação.

Art. 33. A efetividade das ações de educação permanente será acompanhada por meio de avaliações de aprendizagem, verificação da aplicação prática dos conhecimentos e análise dos indicadores relacionados aos temas desenvolvidos.

Parágrafo único. Os resultados serão utilizados para revisão do planejamento educativo e identificação de novas necessidades de capacitação.

Seção III. Da Comissão de Ética de Enfermagem

Art. 34. As Unidades de Pronto Atendimento contarão com Comissão de Ética de Enfermagem, constituída e regulamentada conforme a Resolução Cofen nº 792/2025 e as disposições aplicáveis do Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins.

§ 1º A comissão atuará na orientação e na promoção das práticas éticas no exercício profissional.

§ 2º Sua composição, forma de designação, competências, periodicidade de reuniões e mecanismos de registro serão estabelecidos em regimento próprio, conforme o item V.2.1 da Proposta Técnica.

§ 3º As atividades da Comissão de Ética serão desenvolvidas em articulação com a Coordenação de Enfermagem e com o Coren-TO, preservadas as competências e a autonomia da comissão.

CAPÍTULO VII. DOS DEVERES PROFISSIONAIS E DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35. Constituem deveres dos profissionais integrantes do Serviço de Enfermagem:

I. Cumprir as normas do exercício profissional e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

II. Executar suas atividades com observância dos princípios técnicos, científicos e éticos.

III. Cumprir os horários, as escalas e as atribuições estabelecidas.

IV. Manter inscrição profissional regular e documentação compatível com a atividade desempenhada.

V. Registrar adequadamente os cuidados e procedimentos executados.

VI. Preservar o sigilo das informações dos usuários.

VII. Comunicar situações que representem risco assistencial, técnico ou operacional.

VIII. Zelar pelos materiais, equipamentos e instalações utilizados no serviço.

IX. Participar das ações de capacitação e atualização profissional.

X. Manter conduta respeitosa com usuários, acompanhantes e demais profissionais.

Art. 36. Os profissionais deverão executar exclusivamente as atividades compatíveis com sua habilitação, competências legais e condições de segurança, sendo vedada a delegação de atribuições privativas a profissionais de categoria distinta.

Art. 37. O Serviço de Enfermagem manterá articulação permanente com o corpo clínico, os serviços de apoio diagnóstico, a farmácia, o Núcleo de Segurança do Paciente, as comissões e os demais setores necessários à continuidade assistencial.

Art. 38. O presente Regimento será submetido à análise do Coordenador de Enfermagem, na condição de Enfermeiro Responsável Técnico, e do Gerente da Unidade, com posterior aprovação pela instância institucional competente da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

§ 1º Após a aprovação, o Regimento será divulgado aos profissionais de enfermagem, mantido disponível para consulta e incorporado aos instrumentos de gestão da unidade.

§ 2º O documento será revisado, no mínimo, anualmente, ou extraordinariamente quando ocorrerem alterações normativas, modificações organizacionais ou identificação de necessidades de atualização.

§ 3º As revisões observarão controle de versões, com identificação dos responsáveis pela elaboração, análise e aprovação.

Art. 39. Os casos omissos serão analisados pelo Coordenador de Enfermagem, na condição de Enfermeiro Responsável Técnico, em articulação com a Supervisão de Enfermagem e o Gerente da Unidade, conforme a natureza da matéria, observadas as competências legais e as normas dos conselhos profissionais.

Art. 40. O presente Regimento entrará em vigor após sua aprovação institucional, observadas as condições de início da execução do Termo de Colaboração.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo
Palmas, Tocantins, 2026.

V.1.7 — PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta a Minuta do Regimento do Corpo Clínico das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul de Palmas, Tocantins, em atendimento ao item V.1.7 do Anexo V do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

O Regimento disciplina a organização do Corpo Clínico, as relações entre seus membros e as instâncias de direção, os procedimentos de admissão e desligamento, as responsabilidades profissionais e as condições de funcionamento dos serviços médicos. Sua elaboração considera a legislação federal, as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), as disposições do Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO) e as particularidades assistenciais de cada unidade.

A minuta está organizada em oito capítulos, com os elementos exigidos para avaliação técnica distribuídos da seguinte forma:

a. Composição do corpo clínico e forma de admissão, permanência e desligamento de seus membros. Capítulo II, artigos 4º a 11. Define as categorias de integrantes do Corpo Clínico, os requisitos de habilitação e credenciamento, as condições para permanência e os procedimentos aplicáveis ao desligamento e à exclusão de profissionais.

b. Direitos e deveres dos membros do corpo clínico. Capítulo III, artigos 12 a 16. Estabelece as prerrogativas e obrigações dos médicos, incluindo autonomia profissional, responsabilidade assistencial, cumprimento das normas éticas, documentação dos atos médicos e continuidade do cuidado durante as mudanças de plantão.

c. Competências da diretoria clínica e do responsável técnico médico, com indicação do registro no conselho de classe. Capítulo IV, artigos 17 a 22. Delimita as atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, os procedimentos de designação e eleição, as responsabilidades perante o CRM-TO e a identificação dos profissionais responsáveis por cada unidade.

d. Regras de escala médica, de substituição, de sobreaviso e de cobertura de ausências. Capítulo VI, artigos 29 a 35. Disciplina a elaboração e o controle das escalas, os procedimentos de substituição, a reposição de profissionais em ausências programadas ou imprevistas e os limites de utilização do sobreaviso, considerando a cobertura médica mínima obrigatória prevista no Quadro 6 do Termo de Referência.

e. Disposições sobre a Comissão de Ética Médica e sobre o encaminhamento de questões éticas. Capítulo VII, artigos 36 a 41. Trata da constituição da Comissão, dos critérios de composição e eleição de seus membros, de suas competências e dos procedimentos de encaminhamento das questões ético-profissionais ao CRM-TO.

Os demais capítulos tratam das finalidades e do campo de atuação do Corpo Clínico, Capítulo I, artigos 1º a 3º; da organização assistencial e das especificidades da UPA Norte e da UPA Sul, Capítulo V, artigos 23 a 28; e das

assembleias, aprovação, revisão e disposições finais do Regimento, Capítulo VIII, artigos 42 a 46.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS NORTE E SUL DE PALMAS, TOCANTINS

Entidade proponente: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

Chamamento Público: nº 001/2026

Unidades abrangidas:

Unidade de Pronto Atendimento Norte, José de Souza Dourado, CNES nº 2755289.

Unidade de Pronto Atendimento Sul, Gerson Pires de Aguiar, CNES nº 2492555.

CAPÍTULO I. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, FINALIDADES E Campo DE ATUAÇÃO

Art. 1º O presente Regimento estabelece as normas de composição, organização, funcionamento, admissão, permanência e desligamento dos membros do Corpo Clínico das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul do Município de Palmas, Tocantins, sob gestão da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, observadas as disposições do Termo de Colaboração, do Plano de Trabalho aprovado e da legislação aplicável.

§ 1º As normas deste Regimento fundamentam-se na Resolução CFM nº 1.481/1997, na Resolução CFM nº 2.079/2014, na Resolução CFM nº 2.147/2016, na Resolução CFM nº 2.152/2016, no Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018 e nas demais disposições vigentes do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins.

§ 2º O Regimento aplica-se aos profissionais médicos integrantes do Corpo Clínico das unidades, independentemente da natureza do vínculo jurídico, preservadas a autonomia profissional, as competências técnicas, as responsabilidades éticas e as condições contratuais.

§ 3º O funcionamento do Corpo Clínico observará as diretrizes do Sistema Único de Saúde, os protocolos assistenciais, a classificação de risco e os parâmetros estabelecidos no Termo de Referência.

Art. 2º O Corpo Clínico constitui o conjunto de médicos legalmente habilitados, admitidos para o exercício das atividades médicas nas unidades, aos quais compete assegurar a assistência aos usuários em situações de urgência e emergência, com autonomia técnica e observância dos princípios éticos e científicos da Medicina.

Art. 3º Constituem finalidades do Corpo Clínico:

I. Prestar assistência médica aos usuários adultos e pediátricos, conforme o perfil assistencial das unidades.

II. Assegurar atendimento médico ininterrupto, observadas as escalas e a cobertura mínima estabelecidas no Termo de Referência.

III. Promover a assistência segundo os critérios de gravidade, prioridade clínica e classificação de risco.

IV. Executar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos compatíveis com a capacidade instalada e as especialidades previstas.

V. Garantir a avaliação, o tratamento, a reavaliação e o acompanhamento dos pacientes em observação.

VI. Prestar assistência imediata aos usuários em condições críticas, assegurando estabilização e encaminhamento regulado quando necessário.

VII. Promover a utilização dos protocolos clínicos e das diretrizes assistenciais adotadas institucionalmente.

VIII. Assegurar o registro das condutas médicas nos prontuários e sistemas oficiais aplicáveis.

IX. Participar das ações de segurança do paciente, vigilância em saúde, avaliação de resultados e melhoria da qualidade assistencial.

X. Manter articulação com as equipes multiprofissionais, os serviços de apoio diagnóstico e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

CAPÍTULO II. DA COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO E DOS PROCEDIMENTOS DE ADMISSÃO, PERMANÊNCIA E DESLIGAMENTO

Seção I. Da composição

Art. 4º O Corpo Clínico de cada Unidade de Pronto Atendimento será constituído por médicos regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins, admitidos para atuação nas especialidades e atividades médicas previstas no Termo de Referência.

§ 1º A composição compreenderá profissionais destinados aos seguintes serviços:

I. Clínica médica de urgência e emergência, incluindo primeiro atendimento, áreas críticas e observação.

II. Pediatria.

III. Ortopedia.

IV. Ultrassonografia.

§ 2º Os profissionais deverão possuir habilitação legal e qualificação compatíveis com a atividade desempenhada, observadas as exigências do Conselho Federal de Medicina e os requisitos do Termo de Referência.

§ 3º Os responsáveis pelos serviços especializados deverão possuir a qualificação e o Registro de Qualificação de Especialista exigíveis pela regulamentação profissional aplicável.

Art. 5º Os membros do Corpo Clínico serão classificados nas seguintes categorias:

I. Membros titulares: médicos regularmente admitidos para atuação continua nas unidades, integrantes das escalas habituais e participantes das atividades assistenciais, técnicas e regimentais.

II. Membros eventuais: médicos regularmente habilitados e credenciados para atuação temporária, substituições ou coberturas extraordinárias, observadas as mesmas exigências profissionais aplicáveis aos membros titulares.

§ 1º A inclusão na categoria eventual não dispensa a comprovação de habilitação profissional, regularidade cadastral e qualificação compatível com a atividade a ser executada.

§ 2º Os membros titulares terão direito à participação e ao voto nas assembleias do Corpo Clínico, conforme este Regimento.

§ 3º Os membros eventuais poderão participar das reuniões técnicas e científicas e das assembleias, observados os direitos atribuídos à respectiva categoria e as regras eleitorais aplicáveis.

Seção II. Da admissão

Art. 6º A admissão de médicos ao Corpo Clínico observará procedimento formal de avaliação documental, habilitação profissional e análise de compatibilidade com os requisitos da função.

§ 1º O ingresso será precedido da apresentação dos seguintes documentos:

I. Documento de identificação pessoal.

II. Diploma de graduação em Medicina, expedido por instituição reconhecida ou devidamente revalidado, quando aplicável.

III. Comprovante de inscrição profissional regular no CRM-TO.

IV. Comprovante de regularidade profissional perante o conselho competente.

V. Currículo atualizado, contendo formação, qualificação e experiência profissional.

VI. Comprovação de especialidade e Registro de Qualificação de Especialista, quando exigíveis para o cargo ou função.

VII. Documentos comprobatórios de capacitação em urgência e emergência, quando aplicáveis.

VIII. Documentação necessária à formalização do vínculo jurídico.

IX. Declaração de ciência e compromisso de cumprimento do Regimento Interno e das normas institucionais.

§ 2º O processo será conduzido pela área de Gestão de Pessoas, com avaliação técnica da Direção Técnica Médica e participação da Direção Clínica.

§ 3º A admissão ao Corpo Clínico observará os critérios e as competências deliberativas previstos na Resolução CFM nº 1.481/1997, sem prejuízo das atribuições administrativas da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo na formalização dos vínculos profissionais.

Art. 7º A avaliação técnica para admissão considerará:

I. A regularidade do exercício profissional.

II. A formação e a qualificação exigidas para a atividade.

III. A experiência compatível com o perfil assistencial da unidade.

IV. A capacidade de atuação em serviços de urgência e emergência.

V. O conhecimento dos protocolos assistenciais aplicáveis.

VI. A disponibilidade para cumprimento das escalas.

VII. A compatibilidade da formação com as atribuições pretendidas.

Parágrafo único. A admissão será formalmente registrada, assegurando a identificação dos profissionais autorizados a atuar nas unidades.

Seção III. Da permanência

Art. 8º A permanência do médico no Corpo Clínico estará condicionada à manutenção da habilitação profissional, ao cumprimento das normas regimentais e à observância dos deveres éticos, técnicos e administrativos.

§ 1º Os profissionais deverão manter atualizados os documentos necessários à comprovação da regularidade profissional.

§ 2º A Direção Técnica Médica acompanhará a validade dos registros profissionais e a compatibilidade das qualificações com as atividades desempenhadas.

§ 3º A atualização cadastral será realizada sempre que ocorrer modificação relevante nas condições de exercício profissional.

Art. 9º Os membros do Corpo Clínico participarão das ações de avaliação e melhoria da assistência, incluindo reuniões técnicas, revisão de protocolos, análise de indicadores, discussão de casos clínicos e atividades de educação permanente.

Parágrafo único. A participação nas atividades institucionais deverá ser organizada de modo a preservar a cobertura assistencial obrigatória.

Seção IV. Do desligamento e da exclusão

Art. 10. O desligamento do médico poderá ocorrer por iniciativa do profissional, término do vínculo contratual, impedimento legal para o exercício profissional ou outras hipóteses previstas na legislação e nos instrumentos jurídicos aplicáveis.

§ 1º O encerramento do vínculo será formalmente registrado, com atualização dos cadastros e das escalas.

§ 2º A gestão deverá providenciar a reposição do profissional sempre que necessária à preservação da cobertura assistencial.

§ 3º O desligamento não afastará as responsabilidades profissionais relativas aos atos médicos anteriormente praticados.

Art. 11. A exclusão de membro do Corpo Clínico por razões regimentais observará procedimento formal, com apuração fundamentada dos fatos, garantia de manifestação e ampla defesa, respeitadas as competências deliberativas do Corpo Clínico.

§ 1º A proposta de exclusão deverá ser instruída com documentação que demonstre os fatos e as circunstâncias que fundamentam a medida.

§ 2º A deliberação sobre exclusão de membro do Corpo Clínico observará a Resolução CFM nº 1.481/1997, inclusive quanto à aprovação em assembleia por dois terços dos votos e à homologação da exclusão.

§ 3º A apuração de possíveis infrações ético-profissionais observará as competências da Comissão de Ética Médica e do CRM-TO.

§ 4º As medidas administrativas relacionadas ao vínculo profissional serão adotadas pela entidade dentro de sua competência, respeitados o devido processo aplicável e os direitos do profissional.

CAPÍTULO III. DOS DIREITOS E DEVERES DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

Seção I. Dos direitos

Art. 12. São assegurados aos médicos integrantes do Corpo Clínico os direitos previstos no Código de Ética Médica e na legislação profissional, compreendendo:

I. Exercer a Medicina com autonomia técnica e científica, observadas as práticas reconhecidas e a legislação vigente.

II. Dispor de condições adequadas de trabalho e dos recursos necessários à assistência.

III. Exercer suas atividades sem discriminação de qualquer natureza.

IV. Participar das reuniões técnicas e científicas e das assembleias do Corpo Clínico, observadas as regras de cada categoria.

V. Votar e ser votado para os cargos e representações profissionais, quando preenchidos os requisitos regulamentares.

VI. Apresentar propostas de melhoria das condições assistenciais e operacionais.

VII. Comunicar formalmente situações que comprometam o exercício ético da Medicina ou a segurança dos pacientes.

VIII. Ter assegurada a confidencialidade das informações pessoais e profissionais protegidas por lei.

IX. Receber a remuneração devida pelos serviços prestados, conforme a modalidade contratual.

X. Ter acesso aos procedimentos institucionais de apuração de ocorrências e às garantias de manifestação e defesa.

Art. 13. O médico poderá comunicar à Direção Técnica Médica, à Direção Clínica e ao CRM-TO condições que comprometam o exercício profissional, observados os procedimentos previstos no Código de Ética Médica.

Parágrafo único. O exercício das prerrogativas profissionais deverá observar as responsabilidades relacionadas à continuidade da assistência em situações de urgência e emergência.

Seção II. Dos deveres

Art. 14. Constituem deveres dos membros do Corpo Clínico:

I. Cumprir o Código de Ética Médica, a legislação profissional e as disposições deste Regimento.

II. Prestar assistência aos usuários de forma ética, respeitosa e tecnicamente fundamentada.

III. Cumprir integralmente os horários e as escalas de trabalho.

IV. Comunicar tempestivamente impedimentos e situações que comprometam o cumprimento dos plantões.

V. Realizar avaliação, diagnóstico, prescrição, tratamento e reavaliação dos pacientes sob sua responsabilidade.

VI. Observar os protocolos de atendimento e os critérios de classificação de risco adotados pelas unidades.

VII. Prestar atendimento imediato aos usuários com risco de morte ou agravamento clínico.

VIII. Registrar adequadamente os atos médicos nos prontuários.

IX. Manter o sigilo das informações obtidas no exercício profissional.

X. Participar da passagem de plantão e assegurar a continuidade das informações assistenciais.

XI. Cooperar com as equipes multiprofissionais e os demais integrantes do Corpo Clínico.

XII. Comunicar intercorrências, eventos adversos e situações de risco.

XIII. Zelar pelo uso adequado de materiais, medicamentos e equipamentos.

XIV. Participar das atividades de atualização técnica e educação permanente.

XV. Colaborar com as comissões e os núcleos institucionais, respeitadas suas competências.

Art. 15. O médico responsável pelo atendimento deverá registrar no prontuário:

I. Identificação do usuário e dados relevantes da anamnese.

II. Exame clínico e avaliação inicial.

III. Hipóteses diagnósticas e diagnósticos estabelecidos.

IV. Exames solicitados e resultados relevantes.

V. Prescrições e procedimentos realizados.

VI. Evoluções e reavaliações clínicas.

VII. Intercorrências e condutas adotadas.

VIII. Indicação de observação, alta ou transferência.

IX. Orientações assistenciais e encaminhamentos.

X. Identificação profissional, número de registro, data e horário dos atos praticados.

Parágrafo único. Os registros serão realizados nos sistemas informatizados exigidos ou disponibilizados pelo Município, observadas as normas de segurança da informação e proteção de dados pessoais.

Art. 16. Os médicos deverão assegurar a continuidade da assistência durante as mudanças de turno, mediante passagem de plantão com transmissão das informações clínicas relevantes.

§ 1º A passagem de plantão compreenderá a situação dos usuários em observação, pacientes críticos, resultados pendentes, prescrições, intercorrências e solicitações de transferência em andamento.

§ 2º O profissional que encerra o plantão deverá comunicar ao sucessor as pendências assistenciais sob sua responsabilidade.

§ 3º A transmissão das informações não dispensa os registros necessários no prontuário.

CAPÍTULO IV. DA DIREÇÃO TÉCNICA MÉDICA E DA DIREÇÃO CLÍNICA

Seção I. Da organização das direções médicas

Art. 17. As unidades contarão com Direção Técnica Médica e Direção Clínica, exercidas por profissionais médicos habilitados, observadas as normas do Conselho Federal de Medicina e do CRM-TO.

§ 1º O Diretor Técnico será designado pela administração da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, competindo-lhe a responsabilidade técnica pelo funcionamento médico-assistencial do estabelecimento.

§ 2º O Diretor Clínico será eleito pelos membros do Corpo Clínico, mediante votação direta e secreta, observadas as regras eleitorais aplicáveis.

§ 3º O exercício das funções de Direção Técnica e Direção Clínica será presencial, conforme a Resolução CFM nº 2.147/2016.

§ 4º As funções deverão observar a vedação de acumulação incompatível com as responsabilidades técnicas e com a cobertura mínima obrigatória dos postos assistenciais.

§ 5º O Diretor Técnico Médico manterá vinculação administrativa ao Gerente da Unidade, conforme a estrutura organizacional, preservadas a

autonomia profissional e as responsabilidades técnicas estabelecidas pela legislação e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins.

§ 6º A Direção Clínica constitui função de representação e coordenação do Corpo Clínico, exercida por médico eleito na forma da regulamentação profissional, devendo sua vinculação funcional ser identificada no organograma, sem pressupor criação de cargo ou posto adicional.

§ 7º As jornadas destinadas às funções de Direção Técnica e Direção Clínica observarão o Quadro de Pessoal, a regulamentação profissional e a necessidade de presença efetiva, sem prejuízo da cobertura assistencial obrigatória.

Seção II. Da identificação dos responsáveis

Art. 18. Os profissionais responsáveis pelas direções médicas serão identificados individualmente por unidade, com registro ativo perante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins.

Unidade de Pronto Atendimento Norte, José de Souza Dourado

Diretor Técnico Médico: [Nome do profissional indicado]

CRM-TO nº: [Número do registro]

Diretor Clínico: [Nome do profissional eleito]

CRM-TO nº: [Número do registro]

Unidade de Pronto Atendimento Sul, Gerson Pires de Aguiar

Diretor Técnico Médico: [Nome do profissional indicado]

CRM-TO nº: [Número do registro]

Diretor Clínico: [Nome do profissional eleito]

CRM-TO nº: [Número do registro]

§ 1º A documentação de indicação, eleição e registro será mantida sob controle institucional e disponibilizada aos órgãos competentes.

§ 2º A substituição dos responsáveis observará os procedimentos de comunicação e atualização cadastral exigidos pelo CRM-TO.

§ 3º A identificação dos responsáveis deverá manter correspondência com o organograma do item V.2.10, inclusive quanto à representação funcional da Direção Clínica, e com os documentos de qualificação técnica apresentados pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

Seção III. Das competências da Direção Técnica Médica

Art. 19. Compete ao Diretor Técnico Médico:

I. Responder tecnicamente pelo funcionamento dos serviços médicos da unidade.

II. Zelar pelo cumprimento da legislação profissional, das normas sanitárias e dos protocolos assistenciais.

III. Assegurar as condições necessárias ao exercício ético e seguro da Medicina.

IV. Verificar a habilitação e a regularidade cadastral dos profissionais integrantes do Corpo Clínico.

V. Organizar e supervisionar a cobertura médica, assegurando o cumprimento dos quantitativos mínimos obrigatórios.

VI. Adotar providências imediatas para cobertura de ausências de plantonistas.

VII. Acompanhar as condições de funcionamento dos consultórios, das salas de observação e estabilização e dos serviços de apoio diagnóstico.

VIII. Comunicar ao Coordenador Administrativo, responsável administrativo-financeiro, as necessidades de recursos humanos, materiais e tecnológicos.

IX. Promover a adoção dos protocolos assistenciais e acompanhar sua execução.

X. Assegurar a organização e a adequada documentação dos processos assistenciais.

XI. Garantir o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica.

XII. Acompanhar as recomendações provenientes de auditorias, avaliações técnicas e fiscalizações.

XIII. Representar tecnicamente a unidade perante o CRM-TO e demais autoridades competentes, nos limites de suas atribuições.

Art. 20. O Diretor Técnico Médico deverá comunicar formalmente à administração da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do

Campo as condições que comprometam a segurança do atendimento ou o exercício profissional, indicando as providências necessárias.

§ 1º As situações de risco assistencial serão registradas e acompanhadas até sua resolução.

§ 2º A ausência ou insuficiência de profissionais médicos exigirá medidas imediatas de reposição, com preservação da cobertura mínima estabelecida.

§ 3º As medidas relacionadas a restrições de funcionamento deverão observar a legislação profissional, os procedimentos aplicáveis à Rede de Atenção às Urgências e as competências da Administração Pública.

Seção IV. Das competências da Direção Clínica

Art. 21. Compete ao Diretor Clínico:

I. Dirigir e coordenar as atividades do Corpo Clínico.

II. Representar os médicos perante a administração da unidade.

III. Promover o cumprimento do Regimento do Corpo Clínico.

IV. Supervisionar a organização dos processos de assistência médica.

V. Acompanhar a execução dos protocolos clínicos e as condições de atendimento.

VI. Promover reuniões do Corpo Clínico e discussões de casos clínicos.

VII. Acompanhar a qualidade dos registros médicos e das informações assistenciais.

VIII. Identificar necessidades de atualização técnica e promover atividades de aperfeiçoamento profissional.

IX. Comunicar ao Diretor Técnico as necessidades relacionadas a equipamentos, materiais, medicamentos e condições operacionais.

X. Participar da avaliação dos indicadores médicos e da definição de medidas de melhoria.

XI. Assegurar a participação do Corpo Clínico nos processos de revisão de protocolos e de organização dos serviços.

XII. Preservar as prerrogativas éticas e profissionais dos médicos integrantes da unidade.

Art. 22. A eleição do Diretor Clínico e de seu substituto observará os seguintes procedimentos:

I. Convocação de assembleia do Corpo Clínico, com antecedência mínima de dez dias.

II. Divulgação das regras eleitorais e identificação dos profissionais habilitados ao voto.

III. Realização de votação direta e secreta.

IV. Apuração dos votos e registro do resultado em ata.

V. Encaminhamento da documentação ao CRM-TO para os procedimentos de homologação e registro aplicáveis.

§ 1º O mandato do Diretor Clínico terá duração de 24 meses, admitida nova eleição, observadas as normas do Conselho Federal de Medicina e do CRM-TO.

§ 2º Os procedimentos eleitorais deverão assegurar a participação dos membros do Corpo Clínico com direito a voto e a regularidade do processo.

§ 3º O Diretor Clínico será substituído em seus impedimentos pelo profissional eleito para essa finalidade, observadas as comunicações necessárias.

CAPÍTULO V. DA ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL E DAS PARTICULARIDADES DAS UNIDADES

Seção I. Da cobertura médica obrigatória

Art. 23. A organização dos serviços médicos observará os parâmetros mínimos de cobertura assistencial estabelecidos no Edital de Chamamento Público, aplicáveis individualmente à Unidade de Pronto Atendimento Norte, José de Souza Dourado, e à Unidade de Pronto Atendimento Sul, Gerson Pires de Aguiar.

§ 1º A composição das equipes médicas contemplará os profissionais necessários à assistência em clínica médica, pediatria, ortopedia e ultrassonografia, observadas as exigências editalícias e as respectivas condições de cobertura por período.

§ 2º Os postos médicos serão organizados em plantões de doze horas, nos períodos diurno e noturno, ressalvada a cobertura de ultrassonografia, que observará jornada de seis horas no período diurno, conforme determinação editalícia.

§ 3º Os quantitativos mínimos de postos médicos estabelecidos no Edital de Chamamento Público constituem exigência obrigatória e deverão ser integralmente preservados, admitindo-se ampliação da cobertura mediante justificativa técnica, sem redução dos parâmetros estabelecidos.

§ 4º O planejamento dos serviços considerará a distribuição da demanda, a complexidade assistencial, a sazonalidade e as características específicas de cada unidade, assegurada a continuidade do atendimento.

§ 5º A distribuição dos médicos clínicos entre primeiro atendimento, áreas críticas e observação será definida pela Direção Técnica Médica, com identificação dos profissionais responsáveis por setor e turno, preservada a cobertura integral dos postos assistenciais obrigatórios.

Art. 24. A equipe médica deverá assegurar atendimento segundo a classificação de risco, mantendo prioridade para os pacientes em condições críticas.

§ 1º A Direção Técnica Médica acompanhará os tempos de atendimento estabelecidos no Anexo II do Termo de Referência.

§ 2º Os médicos responsáveis pelos atendimentos deverão realizar as reavaliações necessárias, observados a gravidade clínica, os protocolos assistenciais e os resultados de exames.

§ 3º As alterações da demanda serão acompanhadas por meio de registros assistenciais, permitindo a reorganização interna das atividades sem redução dos postos obrigatórios.

Seção II. Das particularidades da UPA Norte

Art. 25. A organização do Corpo Clínico da UPA Norte, José de Souza Dourado, considerará a demanda assistencial das Regiões Norte e Central do Município, incluindo a procura espontânea de usuários provenientes de Luzimangues e de outras localidades próximas.

§ 1º O planejamento terá como referência 11.900 atendimentos mensais, conforme o Quadro 4 do Termo de Referência.

§ 2º A organização das atividades médicas considerará a estrutura de 33 leitos de observação e estabilização informada no Anexo I.

§ 3º A distribuição dos médicos clínicos contemplará as áreas de primeiro atendimento, observação e estabilização, considerando a necessidade de acompanhamento de usuários críticos e de reavaliação clínica.

§ 4º A assistência pediátrica observará o perfil de demanda da unidade, cuja participação de usuários menores de doze anos correspondeu a 12,0% dos atendimentos no período apurado.

§ 5º A organização das escalas e a supervisão assistencial considerarão a concentração de aproximadamente 70% da demanda no período diurno, especialmente nos horários de maior procura.

§ 6º A Direção Técnica Médica acompanhará a variação sazonal, com atenção aos períodos de maior produção identificados no Termo de Referência.

Seção III. Das particularidades da UPA Sul

Art. 26. A organização do Corpo Clínico da UPA Sul, Gerson Pires de Aguiar, considerará o maior volume de atendimentos e a demanda regional referenciada, incluindo usuários provenientes dos municípios contemplados na regionalização assistencial.

§ 1º O planejamento terá como referência 13.800 atendimentos mensais, conforme o Quadro 4 do Termo de Referência.

§ 2º A organização dos processos médicos considerará a estrutura de 34 leitos de observação e estabilização informada no Anexo I.

§ 3º A assistência pediátrica observará a maior participação relativa de usuários menores de doze anos, correspondente a 16,8% dos atendimentos no período apurado.

§ 4º A distribuição interna dos profissionais considerará a demanda em clínica médica, pediatria, ortopedia, observação e estabilização, assegurada a cobertura mínima estabelecida.

§ 5º A Direção Técnica Médica acompanhará os períodos de maior procura, considerando a concentração de aproximadamente 70% dos atendimentos no plantão diurno.

§ 6º O planejamento das atividades considerará as variações sazonais, especialmente os períodos de maior demanda identificados no Termo de Referência.

Seção IV. Da distribuição dos médicos por área assistencial

Art. 27. A distribuição interna dos médicos será organizada pela Direção Técnica Médica, observadas as características operacionais de cada unidade e a manutenção dos postos obrigatórios.

§ 1º Os médicos clínicos serão distribuídos entre os consultórios de primeiro atendimento, as áreas de observação e as salas de estabilização, conforme as necessidades assistenciais.

§ 2º O médico pediatra será responsável pelo atendimento dos usuários pediátricos, sem prejuízo das intervenções imediatas que a gravidade clínica exigir dos demais médicos habilitados.

§ 3º O médico ortopedista realizará os atendimentos e procedimentos compatíveis com a especialidade e com a capacidade operacional da unidade.

§ 4º O médico ultrassonografista atuará no período diurno, cumprindo plantão de seis horas e observando a organização das solicitações conforme a prioridade clínica.

§ 5º A distribuição funcional será registrada em instrumento de controle por plantão, identificando os profissionais e suas responsabilidades assistenciais.

Art. 28. A assistência aos pacientes em observação e estabilização será organizada de modo a assegurar reavaliações clínicas, acompanhamento da evolução e definição tempestiva das condutas.

§ 1º Os pacientes em observação permanecerão sob responsabilidade médica identificada, com registro das avaliações e reavaliações.

§ 2º A permanência observará o limite máximo de 24 horas previsto no Termo de Referência.

§ 3º Identificada necessidade de internação hospitalar ou de recursos assistenciais indisponíveis, o médico responsável providenciará a solicitação de transferência por meio do Complexo Regulador Estadual.

§ 4º A solicitação de regulação deverá ser registrada no prazo máximo de sessenta minutos após a decisão médica de transferência, conforme o indicador pactuado.

CAPÍTULO VI. DAS ESCALAS MÉDICAS, SUBSTITUIÇÕES, SOBREAVISO E COBERTURA DE AUSÊNCIAS

Seção I. Das escalas médicas

Art. 29. As escalas médicas serão organizadas mensalmente pela Direção Técnica Médica, em articulação com a Direção Clínica e a área responsável pela Gestão de Pessoas.

§ 1º As escalas deverão contemplar:

I. Identificação da unidade.

II. Nome completo do profissional.

III. Número de inscrição no CRM-TO.

IV. Categoria ou especialidade de atuação.

V. Data e horário do plantão.

VI. Área assistencial de referência.

VII. Carga horária prevista.

VIII. Folgas e afastamentos programados.

IX. Identificação do responsável pela elaboração e aprovação da escala.

§ 2º As escalas serão disponibilizadas aos profissionais previamente ao período de execução.

§ 3º As alterações deverão ser formalmente registradas, com identificação do motivo, do profissional substituto e da autorização correspondente.

§ 4º As escalas executadas serão confrontadas com os registros de frequência e disponibilizadas para acompanhamento e fiscalização.

Art. 30. A elaboração das escalas observará a legislação trabalhista, os instrumentos contratuais e as normas profissionais aplicáveis, assegurando a cobertura presencial dos postos obrigatórios.

§ 1º A cobertura mínima será mantida em todos os turnos e períodos previstos no Edital.

§ 2º A jornada e a organização dos plantões deverão observar condições de segurança para os pacientes e profissionais.

§ 3º Não será admitida a programação de escalas que resulte em lacunas de cobertura ou em substituição dos postos presenciais por disponibilidade remota.

Seção II. Das substituições

Art. 31. As substituições médicas serão organizadas de forma programada ou emergencial, conforme a natureza da ausência.

§ 1º As ausências programadas deverão ser consideradas previamente, com designação de profissional habilitado para substituição.

§ 2º As ausências não programadas deverão ser comunicadas imediatamente à Direção Técnica Médica.

§ 3º A reposição ocorrerá por meio de profissional previamente credenciado, com habilitação e qualificação compatíveis com o posto.

§ 4º A substituição deverá preservar a especialidade exigida e a cobertura mínima obrigatória.

§ 5º As alterações serão registradas e comunicadas às instâncias administrativas responsáveis.

Art. 32. A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá cadastro de profissionais médicos habilitados para substituições, com documentação profissional regular e disponibilidade previamente identificada.

§ 1º O cadastro será organizado por categoria e qualificação profissional.

§ 2º A convocação será realizada pela instância responsável pela gestão das escalas.

§ 3º Os profissionais substitutos deverão receber as orientações necessárias ao cumprimento dos protocolos e das normas institucionais.

Seção III. Da cobertura de ausências

Art. 33. A ocorrência de ausência ou atraso de médico plantonista deverá ser tratada como situação prioritária pela Direção Técnica Médica, com adoção imediata das medidas necessárias à continuidade assistencial.

§ 1º A comunicação deverá conter a identificação do posto afetado, o horário da ocorrência e as providências de reposição.

§ 2º A substituição deverá ser realizada sem prejuízo do atendimento aos usuários e da cobertura mínima exigida.

§ 3º Em situações excepcionais, serão adotadas medidas transitórias de reorganização da equipe, respeitados os limites legais de jornada e a segurança da assistência.

§ 4º A Direção Técnica Médica registrará as ocorrências de ausência, substituição e eventual risco de descontinuidade, comunicando ao Gerente da Unidade as necessidades de providências adicionais.

Art. 34. O cumprimento das escalas será acompanhado por meio de registros de presença, controles de jornada e relatórios de cobertura assistencial.

§ 1º As informações deverão permitir a verificação dos postos efetivamente cobertos em cada turno.

§ 2º As ocorrências de descumprimento serão analisadas pela Direção Técnica Médica e pelas instâncias administrativas competentes.

§ 3º O acompanhamento deverá subsidiar medidas preventivas relacionadas ao absenteísmo e à reposição de profissionais.

Seção IV. Do regime de sobreaviso

Art. 35. O regime de sobreaviso poderá ser utilizado exclusivamente como mecanismo complementar de suporte médico, quando compatível com a legislação, com os instrumentos contratuais e com a organização assistencial aprovada.

§ 1º O sobreaviso não substituirá os médicos de presença obrigatória previstos no Quadro 6 do Termo de Referência.

§ 2º A eventual adoção do regime será formalizada mediante escala específica, com identificação dos profissionais, período de disponibilidade, forma de acionamento e responsabilidades.

§ 3º Os acionamentos deverão ser registrados, com horário, motivo, profissional contatado e providências realizadas.

§ 4º O regime de sobreaviso não poderá ser utilizado para justificar redução da cobertura médica presencial ou descumprimento das metas assistenciais.

§ 5º A sua aplicação deverá observar os limites do objeto da parceria, sem pressupor ampliação de especialidades ou despesas não previstas na Proposta Financeira.

CAPÍTULO VII. DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA E DO ENCAMINHAMENTO DAS QUESTÕES ÉTICAS

Seção I. Da constituição e organização

Art. 36. A Comissão de Ética Médica será organizada conforme a Resolução CFM nº 2.152/2016 e as orientações do CRM-TO, constituindo instância de apoio ao exercício ético da Medicina nas unidades.

§ 1º A Comissão será formada por médicos integrantes do Corpo Clínico, mediante processo eleitoral, observados os critérios de proporcionalidade e elegibilidade.

§ 2º Nas unidades cujo Corpo Clínico seja composto por 31 a 999 médicos, a Comissão contará com, no mínimo, três membros efetivos e igual número de suplentes.

§ 3º O dimensionamento da Comissão observará o número efetivo de médicos vinculados à unidade.

§ 4º A organização poderá observar os mecanismos de representação conjunta admitidos pela Resolução CFM nº 2.152/2016, quando preenchidos os requisitos regulamentares e observados os procedimentos perante o CRM-TO.

§ 5º A Comissão de Ética Médica constitui instância colegiada de natureza técnico-profissional, com autonomia no exercício de suas competências, não representando cargo ou nível hierárquico adicional na estrutura administrativa da unidade.

Art. 37. A escolha dos integrantes da Comissão de Ética Médica ocorrerá mediante votação direta e secreta dos profissionais habilitados, respeitadas as regras do Conselho Federal de Medicina.

§ 1º O processo eleitoral será organizado por comissão eleitoral designada na forma da regulamentação profissional.

§ 2º Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exerçam cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição, bem como aqueles alcançados pelos demais impedimentos regulamentares.

§ 3º O mandato será de 24 meses, observadas as regras de homologação e registro perante o CRM-TO.

§ 4º O resultado da eleição será documentado em ata e encaminhado ao conselho competente.

Seção II. Das competências

Art. 38. Compete à Comissão de Ética Médica:

I. Promover a divulgação e a observância dos princípios do Código de Ética Médica.

II. Desenvolver ações educativas relacionadas ao exercício profissional.

III. Orientar os médicos quanto às normas éticas aplicáveis.

IV. Receber e examinar questões de natureza ética no âmbito de suas competências regulamentares.

V. Realizar procedimentos preliminares internos, quando cabíveis.

VI. Encaminhar ao CRM-TO as situações que demandem apuração de competência do conselho.

VII. Orientar os usuários sobre questões relacionadas à ética médica, nos limites de sua atuação.

VIII. Colaborar com as ações institucionais de prevenção de irregularidades éticas.

IX. Manter registros de suas atividades e deliberações.

X. Preservar o sigilo das informações relacionadas aos procedimentos sob sua responsabilidade.

Art. 39. A Comissão de Ética Médica desenvolverá suas atividades com autonomia em relação à administração da unidade, observando sua vinculação ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins.

§ 1º A Direção Técnica Médica assegurará os meios necessários ao funcionamento da Comissão.

§ 2º As reuniões, deliberações e encaminhamentos serão registrados em instrumentos próprios.

§ 3º As competências e os procedimentos específicos serão detalhados no Regimento da Comissão de Ética Médica, previsto no item V.2.1 da Proposta Técnica.

Seção III. Do encaminhamento das questões éticas

Art. 40. As manifestações relacionadas a possíveis infrações éticas serão encaminhadas à Comissão de Ética Médica, quando cabível, observadas suas competências e os procedimentos regulamentares.

§ 1º As manifestações deverão ser formalmente registradas, preservando a identificação dos envolvidos, a descrição dos fatos e a documentação disponível.

§ 2º A Comissão atuará nos limites de suas atribuições, encaminhando ao CRM-TO as matérias que dependam de análise ou apuração pelo conselho profissional.

§ 3º Situações que envolvam integrantes da própria Comissão de Ética Médica serão encaminhadas diretamente ao CRM-TO, conforme as regras aplicáveis.

§ 4º As providências administrativas decorrentes das ocorrências serão tratadas pelas instâncias competentes da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, respeitados os procedimentos legais e contratuais.

Art. 41. As possíveis infrações às normas institucionais poderão ensejar procedimentos administrativos internos, observados a natureza da ocorrência, a legislação aplicável e os direitos de manifestação e defesa.

Parágrafo único. A apuração administrativa não substituirá a competência do Conselho Regional de Medicina para análise e julgamento de infrações ético-profissionais.

CAPÍTULO VIII. DAS ASSEMBLEIAS, APROVAÇÃO E DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. O Corpo Clínico reunir-se-á em assembleias ordinárias e extraordinárias para apreciação de matérias relacionadas à organização profissional, às eleições e às deliberações de sua competência.

§ 1º As assembleias serão convocadas com antecedência mínima de dez dias, observadas as regras de convocação extraordinária previstas na Resolução CFM nº 1.481/1997.

§ 2º As deliberações observarão os quóruns e critérios de votação previstos na regulamentação profissional.

§ 3º As decisões serão registradas em ata, com identificação da pauta, dos participantes e dos resultados.

Art. 43. O presente Regimento será submetido à apreciação e aprovação do Corpo Clínico, em assembleia convocada para essa finalidade, observadas as disposições da Resolução CFM nº 1.481/1997.

§ 1º A aprovação será formalizada mediante ata.

§ 2º O Regimento aprovado e a documentação correspondente serão encaminhados ao CRM-TO para os procedimentos de registro e aprovação exigíveis.

§ 3º A versão aprovada será divulgada aos médicos integrantes do Corpo Clínico e mantida disponível para consulta.

Art. 44. O Regimento será revisado periodicamente, no mínimo a cada doze meses, ou extraordinariamente quando ocorrerem alterações normativas, modificações organizacionais ou necessidade de adequação dos processos assistenciais.

§ 1º As propostas de revisão poderão ser apresentadas pela Direção Técnica, pela Direção Clínica ou pelos membros do Corpo Clínico.

§ 2º As alterações serão submetidas à apreciação e aprovação do Corpo Clínico, observadas as regras regimentais e as competências dos órgãos profissionais.

§ 3º A documentação será mantida sob controle de versões, assegurando a rastreabilidade das modificações.

Art. 45. Os casos omissos serão submetidos à Direção Clínica e às instâncias competentes, respeitadas as atribuições do Corpo Clínico, do CRM-TO e da administração da entidade.

Art. 46. O presente Regimento entrará em vigor após sua aprovação, observadas as formalidades exigidas pela regulamentação profissional e as condições de início da execução da parceria.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

Palmas, Tocantins, 2026.

V.1.8 — PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará solução de prontuário eletrônico para o registro e o acompanhamento da assistência prestada nas Unidades de Pronto Atendimento **Norte – José de Souza Dourado** e **Sul – Gerson Pires de Aguiar**, no Município de Palmas/TO.

A solução será organizada de forma a reunir as informações produzidas durante o atendimento, desde a identificação do usuário e a classificação de risco até a definição de sua alta, transferência ou outro desfecho assistencial. Os registros permanecerão vinculados ao paciente e ao respectivo atendimento, permitindo a consulta pelas equipes autorizadas e o acompanhamento das condutas realizadas.

O prontuário eletrônico contará com funcionalidades para acolhimento e classificação de risco, atendimento médico, prescrição, dispensação de medicamentos e consulta aos resultados de exames. A solução também deverá permitir os registros de enfermagem e dos demais profissionais envolvidos na assistência, conforme suas atribuições e os perfis de acesso autorizados.

Visão geral da solução: arquitetura e módulos

O **CMDPRO** será utilizado como plataforma integrada de gestão assistencial e administrativa, com base de dados centralizada e acesso via web nas UPAs Norte e Sul. Seus módulos permitirão o compartilhamento de informações entre os setores e o acompanhamento das atividades de cada unidade.

CMDPRO
FOR HEALTH

A Solução CMDPro
Humaniza
os atendimentos em
unidades de Saúde,
com Tecnologia de ponta.

Revolucionando a área da saúde
do nosso País



A dispensação de medicamentos será registrada no sistema e vinculada ao controle de estoque, permitindo a atualização dos saldos e a apuração dos

custos correspondentes. Essas informações subsidiarão a elaboração de relatórios gerenciais, organizados por grupo de despesa.

A contratação da solução observará o regulamento próprio de compras da instituição, com previsão dos custos nas contas **C.6.1 a C.6.4 da Planilha de Composição de Custos — Anexo VI**.

Sistema de Gestão das Unidades (Prontuário Eletrônico)

Constitui o sistema corporativo responsável pelo registro integral da assistência prestada ao usuário, contemplando cadastro, acolhimento, classificação de risco, consultas, procedimentos, exames, prescrições, evolução multiprofissional, administração de medicamentos, permanência em observação, alta, transferência e demais informações assistenciais. Os registros realizados neste sistema constituem a principal fonte de dados para a conferência, validação e processamento da produção assistencial e do faturamento.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Base nacional destinada ao cadastro da estrutura física, serviços, equipamentos, profissionais e habilitações da Unidade. A atualização permanente do CNES garante a consistência das informações utilizadas no processamento da produção assistencial.

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Responsável pelo processamento da produção ambulatorial realizada pela Unidade, permitindo o registro, processamento e consolidação dos atendimentos e procedimentos executados, subsidiando o planejamento, monitoramento, controle, auditoria e financiamento das ações de saúde.

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP)

Ferramenta utilizada para consulta e atualização da Tabela de Procedimentos do SUS, permitindo a correta codificação dos procedimentos realizados e sua compatibilidade com habilitações, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), Classificação Internacional de Doenças (CID) e demais atributos exigidos para o processamento da produção.

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)

Instrumento utilizado para vincular os procedimentos aos profissionais habilitados para sua execução, garantindo conformidade entre os registros assistenciais, o CNES e os sistemas oficiais do SUS.

A integração entre o Sistema de Gestão da Unidade e os sistemas oficiais do SUS assegura maior confiabilidade das informações, reduz inconsistências, minimiza glosas, fortalece o monitoramento dos indicadores assistenciais e assegura o adequado processamento da produção e do faturamento, em conformidade com a legislação vigente.

SANTA CASA de São Bernardo do Campo

MÓDULOS DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Módulo	O que faz	Exigência do edital atendida
Recepção e senhas	Cadastro do usuário (CNS/CPF), emissão de senha, painel de chamada com voz e texto, registro do horário de chegada	TR 10.1 "i"; denominador da Ficha IN 2.6
Acolhimento com classificação de risco	Protocolo de classificação em cinco cores, hora gravada pelo sistema, sem edição manual	TR 10.1 "v"; Fichas IN 1.2, IN 2.1 e IN 2.6
Prontuário eletrônico (PEP)	Atendimento médico e multiprofissional, evolução, prescrição, reavaliação, desfecho, assinatura digital	TR 10.1 "h"; V.1.8 "a"
Observação e estabilização	Mapa de leitos, admissão e saída com horário, sinalização de espera por vaga regulada	Ficha IN 2.2, componente C; TR 8.3.7
Apoio diagnóstico	Pedido e resultado de laboratório, radiologia, ultrassonografia e ECG, com laudo no prontuário e tempo de resposta	Ficha IN 2.2, componente B; Quadro 12 (organização do apoio diagnóstico)
Regulação e transferência	Registro da decisão médica de transferir e do número da solicitação no Complexo Regulador Estadual	Ficha IN 2.3

SANTA CASA de São Bernardo do Campo

MÓDULOS DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO — CONTINUAÇÃO

Módulo	O que faz	Exigência do edital atendida
Farmácia	Dispensação por prescrição, lote e validade, controle de medicamentos da Portaria SVS/MS 344/1998	TR 5.7.1; V.1.8 "a"; V.1.10 "a" a "c"
Almoxarifado e nutrição	Entrada por nota fiscal, estoque mínimo, ponto de ressuprimento, requisições por setor	TR 5.7.1; V.1.10 "a" e "e"
Patrimônio	Tombamento, localização, movimentação e inventário, incluindo bens públicos cedidos	TR 10.3 "d"; V.1.10 "d"
Custos	Apropriação por centro de custo e por unidade, nos Grupos A a D, com rateio dos custos indiretos	TR 9.2 e 9.6; V.1.11 "c"
Financeiro e compras	Cotações, contratos, contas a pagar, conciliação da conta específica	V.1.11 "a" e "b"; Anexo VIII
Ouvidoria e satisfação	Registro das manifestações e pesquisa pós-atendimento com amostra controlada	TR 10.1 "n" e "o"; Ficha IN 2.5
Painel gerencial (BI)	Indicadores do Quadro 8 por unidade, taxa de completude, relatórios do Anexo VIII	TR 5.7.1 e 10.6.3; V.1.8 "f"

A figura a seguir apresenta o fluxo de informações entre os módulos assistenciais, de suprimentos e de gestão das UPAs Norte e Sul. Demonstra, ainda, como os dados registrados nas unidades poderão subsidiar os sistemas oficiais, a elaboração de relatórios gerenciais e o acompanhamento pela Secretaria Municipal da Saúde de Palmas (SEMUS) e pelos órgãos de controle.



arquitetura do sistema de gestão - módulos e integrações

a. Descrição da solução de prontuário eletrônico, com os módulos de acolhimento e classificação de risco, atendimento médico, prescrição, dispensação de medicamentos e resultados de exames

O prontuário eletrônico é web, único para as duas unidades e organizado por episódio: cada entrada do usuário abre um episódio, e tudo o que acontece

com ele — da classificação ao desfecho — fica nesse mesmo registro. Ninguém precisa procurar papel em outra sala para saber o que foi feito com o paciente.

A solução contratada deverá ter certificação SBIS/CFM ou comprovar aderência aos requisitos de segurança da Resolução CFM 1.821/2007, que regula o prontuário eletrônico sem papel. A guarda segue a Lei 13.787/2018, com prazo mínimo de 20 anos a contar do último registro.

a. **Descrição da solução de prontuário eletrônico, com os módulos de acolhimento e classificação de risco, atendimento médico, prescrição, dispensação de medicamentos e resultados de exames**

O prontuário eletrônico é web, único para as duas unidades e organizado por episódio: cada entrada do usuário abre um episódio, e tudo o que acontece com ele — da classificação ao desfecho — fica nesse mesmo registro. Ninguém precisa procurar papel em outra sala para saber o que foi feito com o paciente.

A solução contratada deverá ter certificação SBIS/CFM ou comprovar aderência aos requisitos de segurança da Resolução CFM 1.821/2007, que regula o prontuário eletrônico sem papel. A guarda segue a Lei 13.787/2018, com prazo mínimo de 20 anos a contar do último registro.

Descrição da solução de prontuário eletrônico

a) Acolhimento e classificação de risco

- **O que se registra:** queixa principal, sinais vitais (pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória, temperatura, saturação, glicemia capilar quando indicada), escala de dor, discriminadores do protocolo adotado no Manual de Protocolos (V.1.9), cor atribuída e profissional responsável.
- **Regras do sistema:** a hora é gravada pelo servidor; a ficha não fecha sem cor; a reclassificação gera novo registro com novo horário, e o anterior fica preservado.

- **Fila médica:** o paciente entra na fila do consultório ordenado por cor e por tempo de espera. Quando o tempo-alvo da cor está perto de estourar (5, 10, 60, 120 ou 240 minutos), a tela da coordenação acende o alerta.
- **Indicadores alimentados:** IN 1.2, IN 2.1 e IN 2.6.

b) Atendimento médico

- **O que se registra:** anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica pela CID-10, conduta e reavaliações, cada uma com hora própria.
- **Protocolos dentro do prontuário:** dor torácica, AVC, sepse e trauma têm modelos próprios, com as etapas críticas do Manual de Protocolos em forma de checklist. O médico não depende da memória no plantão da madrugada.
- **Solicitações:** exames, prescrição, parecer e transferência saem da mesma tela. A decisão de transferir grava a hora que dá início à contagem da Ficha IN 2.3.
- **Desfecho obrigatório:** alta, internação em observação, transferência, evasão ou óbito. Na alta, o sistema imprime as orientações e a contrarreferência para a Atenção Primária. O retorno programado (curativo, retirada de pontos, leitura de exame) é marcado aqui, para não contar como retorno não programado na Ficha IN 2.4.
- **Documentos:** receita, atestado, declaração de comparecimento e relatório de transferência, assinados com certificado digital ICP-Brasil.

c) Prescrição

- **Padronização:** o médico prescreve a partir da lista de medicamentos aprovada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, com dose, via, frequência, diluição e velocidade de infusão.
- **Travas de segurança:** alerta de alergia registrada, duplicidade terapêutica, dose acima da máxima e interação relevante. O alerta pode ser vencido, mas a justificativa fica gravada.
- **Enfermagem:** aprazamento e checagem de cada dose com hora e responsável. Dose não administrada exige motivo.
- **Alterações:** suspensão e troca ficam registradas. Nada é apagado.

d) Dispensação de medicamentos

- **Fluxo:** a farmácia recebe a prescrição na tela, sem papel, e dispensa por paciente.
- **Rastreabilidade:** cada item sai com lote e validade, de modo que se sabe qual lote foi para qual paciente. Isso faz diferença num recolhimento determinado pela Anvisa.
- **Estoque e custo no mesmo ato:** a dispensação baixa o estoque e lança o custo no centro de custo do setor. A devolução de sobra estorna os dois.
- **Medicamentos controlados:** dispensação vinculada a receita específica e escrituração conforme a Portaria SVS/MS 344/1998, com inventário e balanço emitidos pelo sistema.

e) Resultados de exames

- **Pedido:** eletrônico, com hora, a partir do atendimento médico.
- **Laboratório:** etiqueta de coleta impressa na beira do leito, interface com os equipamentos ou com o sistema do laboratório, resultado liberado direto no prontuário. Valor crítico gera alerta ao médico responsável.
- **Radiologia e ultrassonografia:** laudo no prontuário e, quando houver servidor de imagens, acesso à imagem pela mesma tela.
- **Eletrocardiograma:** traçado anexado ao episódio, com hora de realização.
- **Tempo de resposta:** o sistema grava pedido, coleta ou realização e liberação. Com isso mede o tempo de resposta exigido no Quadro 12 e separa os pacientes com exame, para o componente B da Ficha IN 2.2.

Regras que valem para todos os módulos

Os registros realizados nos módulos do sistema serão vinculados ao respectivo episódio de atendimento e identificados com a data e o horário do servidor, a autoria e a assinatura eletrônica do profissional responsável, conforme os requisitos aplicáveis.

O acesso às informações será individualizado e concedido de acordo com as atribuições de cada usuário. A solução manterá trilha de auditoria que permita identificar os acessos, as inclusões e as alterações realizadas.

Eventuais correções ou complementações serão registradas por meio de adendo identificado, datado e assinado, preservando-se o conteúdo original e o histórico do registro. Em caso de indisponibilidade do sistema, serão adotados os procedimentos de contingência previstos no projeto, com posterior inserção das informações no prontuário eletrônico.

Essas medidas contribuem para a integridade, a rastreabilidade e a continuidade dos registros assistenciais, em consonância com o item 10.1, alínea "h", do Termo de Referência.

Marcos gravados para cada indicador

Indicador (Anexo II)	Marco inicial gravado	Marco final gravado	Como o sistema evita perda
IN 1.2 — Acolhimentos com classificação	Registro da classificação, com cor	—	Não salva classificação sem cor e sem usuário identificado
IN 2.1 — Tempo porta-médico	Hora da classificação de risco	Hora do primeiro atendimento médico	Evasão antes do médico tem botão próprio, para entrar como exclusão válida
IN 2.2 A e B — Permanência	Hora da classificação de risco	Hora do desfecho: alta, transferência, evasão ou óbito	Episódio não fecha sem desfecho; separação automática entre quem fez e quem não fez exame
IN 2.2 C — Observação	Admissão no leito de observação	Saída da observação	Marcação de "aguardando vaga regulada" para aplicar o item 8.3.7 do TR

Indicador (Anexo II)	Marco inicial gravado	Marco final gravado	Como o sistema evita perda
IN 2.3 — Acionamento da regulação	Decisão médica de transferir	Registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual	Campo obrigatório com o número da solicitação; cancelamento clínico fica registrado
IN 2.4 — Retorno em 48 h	Desfecho do atendimento anterior	Nova entrada do mesmo usuário	Retorno agendado (curativo, pontos, leitura de exame) é marcado no desfecho e sai da conta
IN 2.6 — Cobertura da classificação	Entrada por demanda espontânea	Classificação registrada no mesmo episódio	Cruzamento episódio a episódio, nunca razão entre totais, como manda a ficha

O BI calcula, todo dia, a taxa de completude de cada indicador. Se uma unidade se aproxima de 95%, a coordenação de enfermagem e a direção técnica recebem alerta no mesmo turno, e não no fechamento do mês, quando já não dá para corrigir.

b.**Demonstração de integração ou interoperabilidade com os sistemas oficiais de informação em saúde, nominalmente identificados, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os sistemas de produção ambulatorial e os sistemas de regulação adotados pelo Município**

Integração com os sistemas oficiais de informação em saúde

O sistema exporta para os sistemas oficiais o que já foi registrado no atendimento. Ninguém digita produção duas vezes, e o faturamento do SUS bate com o prontuário. São estes:

Sistema oficial	Gestor	O que vai ou vem	Forma de integração	Periodicidade
SIA/SUS — BPA-I	Ministério da Saúde	Produção ambulatorial individualizada (base da Ficha IN 1.1)	Arquivo de exportação no layout vigente do BPA Magnético, validado antes do envio	Mensal, por competência
CNES	Ministério da Saúde	Profissionais, equipes, leitos e equipamentos das duas unidades	Sistema consulta o CNES na admissão do profissional; atualizações enviadas à SEMUS	A cada alteração e conferência mensal
e-SUS PEC / RNDS	Ministério da Saúde	Registro do atendimento e resultados de exames do cidadão	Padrões de interoperabilidade da RNDS (HL7 FHIR) ou exportação no formato aceito pelo e-SUS	Conforme definição da SEMUS
SinanNet	Ministério da Saúde / Vigilância	Notificações compulsórias	Alerta no prontuário ao registrar CID notificável; ficha gerada para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Imediata ou semanal, conforme o agravo
Sistema do Complexo Regulador Estadual	Secretaria Estadual da Saúde	Solicitação de transferência e número do pedido (Ficha IN 2.3)	Registro do número da solicitação no prontuário; integração direta quando o Estado disponibilizar	Por evento

Sistema oficial	Gestor	O que vai ou vem	Forma de integração	Periodicidade
BI municipal e sistemas da SEMUS	Prefeitura de Palmas	Dados dos indicadores IN 1.2, IN 2.1, IN 2.4 e IN 2.6	Extração automática em formato aberto ou acesso ao banco de réplica	Diária, com acesso em tempo real
Protocolo eletrônico do Município	Prefeitura de Palmas	Relatórios e prestações de contas do Anexo VIII	Arquivos PDF pesquisáveis gerados pelo sistema	Mensal, trimestral e anual

O formato exato da integração com o BI municipal e com o sistema de regulação será ajustado com a SEMUS na fase de transição. A Santa Casa se compromete a adequar o layout de exportação ao padrão que a Secretaria indicar, sem custo adicional para o Município.

Indisponibilidade dos sistemas municipais. Quando um sistema externo cai, o prontuário continua gravando localmente e o fato fica registrado com data e hora. É essa prova que permite à entidade invocar a exceção do item 6.1.1 do Anexo II, sem perder nota por falha que não foi dela.

c.Descrição da infraestrutura de rede, servidores, estações de trabalho e solução de contingência, com política de cópia de segurança e prazo de retenção

Infraestrutura, contingência e cópia de segurança

Uma UPA não fecha, então o sistema também não pode parar. A infraestrutura foi montada para que a queda de um link, de um servidor ou de energia não interrompa o registro do atendimento.

Rede, servidores e estações

Hospedagem: sistema em nuvem, em data center no Brasil com certificação de segurança (ISO/IEC 27001 ou equivalente), e servidor local de contingência em cada unidade.

Links de dados: dois links por unidade, de operadoras diferentes, com troca automática quando um cai.

Rede interna: cabeamento estruturado, rede sem fio segmentada (assistencial, administrativa e visitantes separadas) e firewall gerenciado.

Estações de trabalho: computadores em todos os pontos de registro — recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação, observação, estabilização, farmácia, almoxarifado e administração —, com leitor de certificado digital e impressora de etiquetas onde há coleta ou dispensação.

Energia: nobreak nos servidores locais, nos ativos de rede e nas estações críticas, ligado ao grupo gerador da unidade.

Suporte técnico: presencial em horário administrativo e remoto 24 horas, 7 dias por semana, com prazo de atendimento definido em contrato com o fornecedor.

Plano de contingência

Queda de internet: o servidor local assume, o atendimento segue sem interrupção e os dados sobem para a nuvem quando o link volta.

Queda total do sistema: a unidade passa para o formulário de contingência impresso, com horário anotado em cada etapa. Na volta, a equipe lança os registros com a hora original e o sistema marca que vieram da contingência.

Registro do incidente: início, fim, causa e registros afetados ficam documentados. O relatório mensal informa os períodos de indisponibilidade, por unidade.

Política de cópia de segurança e prazo de retenção

Item	Regra adotada
Frequência	Cópia incremental a cada hora e cópia completa diária

Item	Regra adotada
Locais	Três cópias, em dois tipos de mídia, uma fora do ambiente de produção
Proteção	Cópias criptografadas e imutáveis, para resistir a ataque de ransomware
Retenção das cópias	Diárias por 30 dias, mensais por 12 meses, anuais até o fim da parceria
Retenção do prontuário	Mínimo de 20 anos a partir do último registro (Lei 13.787/2018, art. 6º)
Teste de restauração	Mensal, com registro do resultado

Ao fim da parceria, a base de dados e os prontuários são entregues ao Município em formato aberto e legível, para que a assistência continue sem perda de histórico (TR, capítulo 22, transição de saída).

d.Plano de implantação com cronograma e plano de capacitação dos usuários, compatíveis com o prazo de início da execução

O sistema entra em operação no primeiro dia de execução, com as duas unidades já registrando no prontuário eletrônico. A implantação corre durante a transição de entrada e acompanha os marcos de 30, 60 e 90 dias que o item 22.1.2 do TR exige no Plano de Trabalho.

O calendário tem uma razão prática. O primeiro trimestre é só aferidor, sem desconto na parcela variável (TR, item 8.3.5). É nesse período que o registro precisa estar redondo, porque a partir do segundo trimestre o número passa a valer dinheiro.

d.1 Cronograma de implantação

A implantação do Sistema de Gestão Integrada nas UPAs 24h Norte e Sul será conduzida de forma planejada e progressiva, considerando as necessidades assistenciais e administrativas de cada unidade e a continuidade dos atendimentos.

O processo compreenderá a preparação da infraestrutura tecnológica, a configuração dos módulos e dos perfis de acesso, a capacitação dos profissionais e a realização de testes antes do início da operação. Após a entrada em funcionamento, serão acompanhados o desempenho da solução, a utilização pelos usuários e eventuais necessidades de ajuste.

O cronograma a seguir apresenta as etapas, os prazos e os responsáveis pelas atividades, permitindo à gestão acompanhar a implantação e identificar as providências necessárias em cada fase.

Cronograma de Implantação do Sistema de Gestão e Prontuário Eletrónico

Irmandade da Santa Casa de São Bernardo do Campo - UPA's 24h Norte (CNES 2755289) e Sul (CNES 2492556) - Palmas/TO

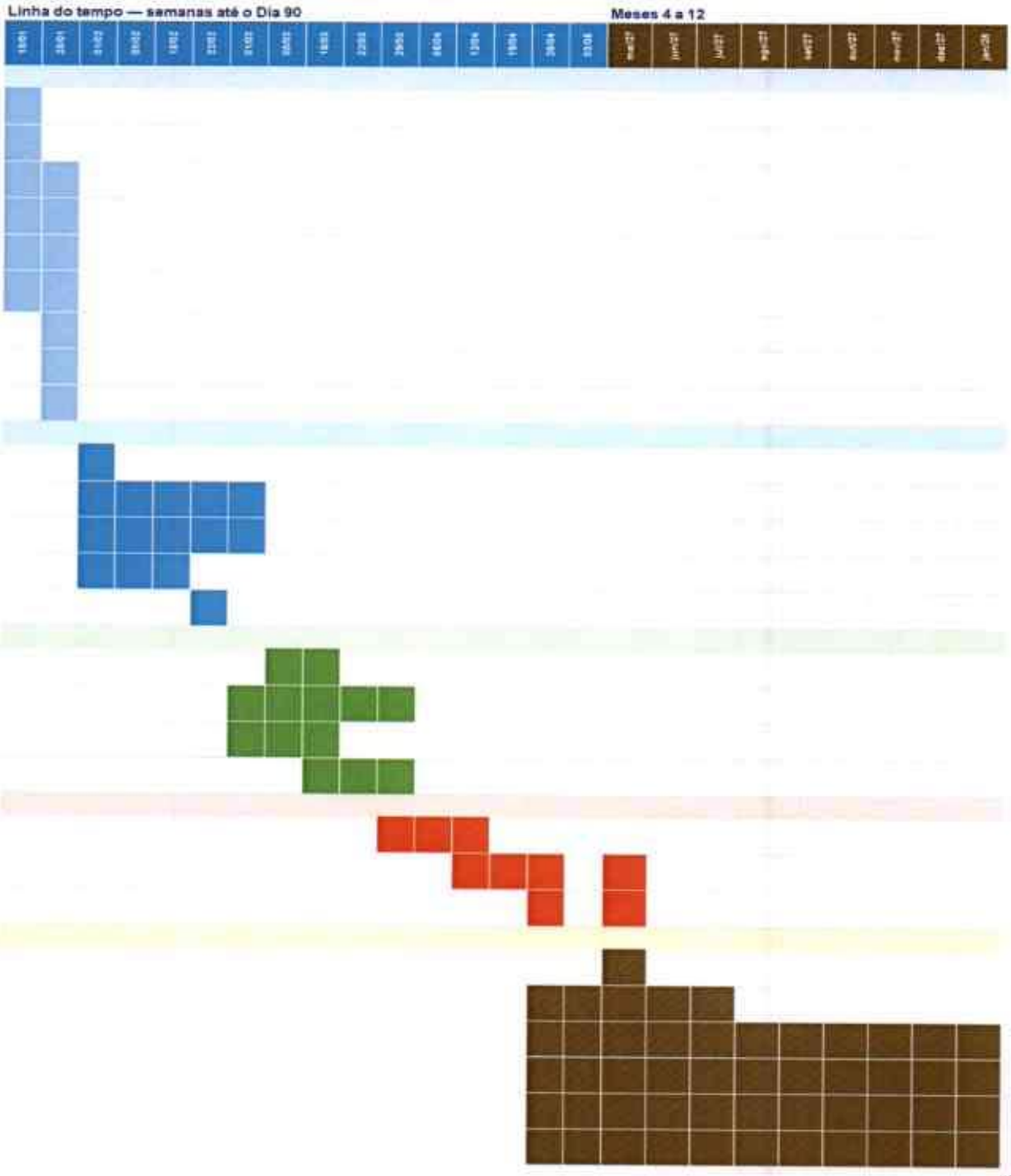
Edital de Chamamento Público 001/2026 - Anexo V, ficha V.1.8 "d" - Retes do Quadro XII-b (Anexo XII) - marcos de 30, 60 e 90 dias (TR 22.1.2)

Data de assinatura do Termo de Colaboração	18/01/2027
Data de início da execução (Dia 1)	01/02/2027
Término da vigência (12 meses da assinatura)	17/01/2028

Fase	Nº	Atividade	Responsável	Data início	Data fim	Dias	Status	Produto / critério de conclusão	Base no edital
		da relativo ao Dia 1 –							
PRÉ-ASSUNÇÃO — Da assinatura do Termo ao início da execução									
Pré-assunção	1	Levantamento da infraestrutura de TI e dos sistemas em uso nas duas unidades	TI da Santa Casa	18/01/2027	20/01/2027	3	Não iniciado	Diagnóstico de infraestrutura por unidade	TR5.7; V.1.8 "c"
Pré-assunção	2	Contratação do fornecedor do sistema de gestão e prontuário eletrônico	Diretoria Administrativa / Compras	18/01/2027	22/01/2027	5	Não iniciado	Contrato assinado, com cláusulas do operador de dados (LGPD)	TR5.7; V.1.8 "c"
Pré-assunção	3	Instalação de links, rede, estações de trabalho e servidores locais de contingência	Fornecedor / TI da Santa Casa	22/01/2027	29/01/2027	8	Não iniciado	Termo de aceite da infraestrutura	V.1.8 "c"
Pré-assunção	4	Parametrização e customização dos fluxos, protocolos, padronização de medicamentos e controle de custo (Grupos A a D)	RT Médico, RT de Enfermagem, Farmácia, Financeiro / Fornecedor	22/01/2027	29/01/2027	8	Não iniciado	Parametrização validada pelas RTs	TR9.2; V.1.8 "c", V.1.11 "c"
Pré-assunção	5	Recebimento de informações, documentos contratuais e sistemas do executor anterior	TI da Santa Casa / SEMUS	24/01/2027	30/01/2027	7	Não iniciado	Termo de recebimento	TR22.1.1
Pré-assunção	6	Capacitação inicial de todas as equipes, por perfil e por turno	Educação Permanente / Fornecedor	24/01/2027	31/01/2027	8	Não iniciado	Lista de presença; senha pessoal; planos de capacitação	V.1.8 "d"
Pré-assunção	7	Cadastro dos profissionais (conferência com o CNES) e liberação de acessos por perfil	RH / TI da Santa Casa	26/01/2027	30/01/2027	5	Não iniciado	Usuários ativos por perfil	TR10.1 "c"; V.1.8 "b" e "c"
Pré-assunção	8	Inventário e migração de cadastros, estoques e bens patrimoniais	Farmácia / Almoxarifado / Patrimônio	29/01/2027	31/01/2027	3	Não iniciado	Inventário conciliado com a SEMUS	TR22.1; V.1.10
Pré-assunção	9	Teste integrado (simulação de plantão) e teste de plano de contingência	TI / Coordenações das Unidades	30/01/2027	31/01/2027	2	Não iniciado	Ata de teste: liberação para o Dia 1	V.1.8 "c"

A SER INICIADO — Dias 1 à 30								
10	A executar	Início do registro em prontuário eletrônico das condutas e avaliações	Diretoria Técnica / Coordenação de Enfermagem	01/03/2027	01/03/2027	1	Prontuário eletrônico implantado e com dados	TRI 01/TI.01 6ª V
11	A executar	Orientação para a equipe sobre fornecedores e da unidade 24 horas	Coordenação / Fornecedor / Coordenação de TI	01/03/2027	03/03/2027	3	Registro da lista de fornecedores atualizada	V.1.28 6ª
12	A executar	Conferência da lista de preços dos materiais da unidade (tabela de 24, 36 e mais de 36 meses)	Coordenação de Estoque / Encarregado do Almoxarifado	03/03/2027	03/03/2027	10	Relatório de lista de preços dos materiais	Anexo I Itens E6.1
13	A executar	Instalação e validação no módulo de satisfação a avaliação do cidadão	Ouvidoria / Coordenação da Qualidade	20/03/2027	20/03/2027	20	Inclusão no site institucional da pesquisa de satisfação	Anexo I Itens N.25
14	A executar	Definição da 1ª campanha e capacitação do BPAN (SIEMS)	Faturamento	25/03/2027	25/03/2027	3	Ação de BPAN validado	Anexo I Itens N.14
ESTABILIZAÇÃO — Dias 31 à 90								
15	Em execução	Pacto do 1º relatório mensal de gestão financeira	Gestão Financeira	11/03/2027	20/03/2027	10	Relatório em PDF consolidado por unidade	Anexo V BI.32 e Capítulo 12
16	Em execução	Integração com o BI unificado no padrão definido pelo SIEMS	TI da Santa Casa / Fornecedor / SIEMS	03/03/2027	03/03/2027	27	Carga de dados automática em função da fonte	TRI.21 / V.16 84º
17	Em execução	Ajuste dos relatórios gerenciais do painel de indicadores	Gestão TI da Santa Casa	03/03/2027	11/03/2027	15	Painel apropriado pela direção	TRI.08.2 / V.18 7º
18	Em execução	Estabilização do acesso em temporal à SIEMS (só na rede interna)	TI da Santa Casa	16/03/2027	18/03/2027	15	Usuários do SIEMS ativos	TRI.572
CONSOLIDAÇÃO — Dias 61 à 90								
19	Concluído	Auditoria interna da qualidade do registro e da trilha de acessos	Qualidade / Núcleo de Segurança do Paciente	03/03/2027	16/03/2027	15	Relatório de auditoria com plano de correção	Anexo I Itens E1
20	Concluído	Validação da matriz de dado de tratamento e período (em semanas)	Gestão Financeira	17/03/2027	01/03/2027	15	Matriz de cálculo do tratamento validada	Anexo B Anexo IV 5º
21	Concluído	Encerramento formal da implantação	Diretoria / Faturamento	29/03/2027	01/03/2027	3	Termo de encerramento da implantação	V.1.29 6º

EXECUÇÃO ORDINÁRIA — Mês 4 ao mês 12									
Execução ordinária	22	Protocolo do 1º relatório trimestral consolidado (avaliação só aferidora)	Gestão / Financeiro	11/05/2027	20/05/2027	10	Não iniciado	Relatório trimestral protocolado	TR 8.3.5; Anexo VIII 3.2 "b"
Execução ordinária	23	Metas passam a ter efeito financeiro (2º trimestre)	Direção da unidade	01/05/2027	31/07/2027	92	Não iniciado	Completude ≥ 95% em todos os indicadores	TR 8.3.5
Execução ordinária	24	Monitoramento diário da completude, com alertas no turno	Coordenações / Direção Técnica	01/05/2027	17/01/2028	262	Não iniciado	Painel diário	Anexo II, item 6.1.1
Execução ordinária	25	Exportação mensal do BPA-I e relatório mensal até o dia 20	Faturamento / Gestão	01/05/2027	17/01/2028	262	Não iniciado	Relatórios mensais protocolados	Anexo VIII 3.2
Execução ordinária	26	Teste mensal de restauração da cópia de segurança	TI da Santa Casa / Fornecedor	01/05/2027	17/01/2028	262	Não iniciado	Registro mensal do teste	V.1.8 "c"
Execução ordinária	27	Capacitação de novos admitidos e reciclagem das equipes	Núcleo de Educação Permanente	01/05/2027	17/01/2028	262	Não iniciado	Listas de presença	TR 10.7; V.1.8 "d"



d.2 Plano de capacitação dos usuários

Público	Conteúdo	Formato
Recepção	Cadastro, senhas, registro de evasão, LGPD no atendimento	Presencial, em turno, com prática no sistema
Enfermagem da classificação de risco	Protocolo, registro das cinco cores, reclassificação	Presencial, com simulação de casos
Médicos	Prontuário, prescrição, desfecho, decisão de transferência, assinatura digital	Presencial e vídeo curto de referência
Enfermagem assistencial e observação	Checagem de prescrição, mapa de leitos, admissão e saída	Presencial, em turno
Farmácia, almoxarifado e nutrição	Dispensação, lote e validade, controlados, inventário	Presencial, com treino no estoque real
Administrativo e financeiro	Custos, compras, conciliação, relatórios do Anexo VIII	Presencial
Coordenações e direção	Painel de indicadores, taxa de completude, alertas	Presencial

O treinamento é feito por turno, para alcançar as equipes da noite e do fim de semana. Cada usuário só recebe senha depois de concluir a capacitação do seu perfil, com lista de presença assinada. Novos empregados passam pelo mesmo módulo antes de entrar na escala, e as reciclagens entram no programa do Núcleo de Educação Permanente.

e.Política de segurança da informação e de proteção de dados pessoais, em conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018, com indicação do encarregado pelo tratamento de dados

O prontuário guarda dado pessoal sensível de saúde (LGPD, art. 5º, II). Quem trata esse dado nas UPAs é a Santa Casa, por conta da parceria, para

executar política pública de saúde e tutelar a saúde do usuário — hipóteses do art. 11, II, "b" e "f", da Lei 13.709/2018. O consentimento não é a base legal, e o usuário não precisa assinar termo para ser atendido.

e.1 Encarregado pelo tratamento de dados

Encarregado (DPO): [nome completo], [formação], [e-mail institucional e telefone].

O contato do encarregado fica publicado no sítio da Santa Casa e afixado na recepção das duas unidades, como manda o art. 41, § 1º, da LGPD.

e.2 Regras de segurança da informação

Acesso por perfil: cada profissional vê só o que a função exige. Recepção não abre evolução médica; almoxarifado não abre prontuário.

Login individual: senha pessoal e intransferivel, com segundo fator de autenticação para acesso remoto e perfis administrativos. Desligado o empregado, o acesso cai no mesmo dia.

Trilha de auditoria: todo acesso, inclusão, alteração e impressão fica registrado com usuário, data, hora e estação. Nenhum registro clínico é apagado; correção vira adendo assinado.

Criptografia: dados cifrados no tráfego e em repouso, inclusive nas cópias de segurança.

Termo de confidencialidade: assinado por todos os empregados e terceiros com acesso ao sistema, no ato da admissão ou da contratação.

Contrato com o fornecedor: cláusulas de operador de dados (LGPD, art. 39),proibição de uso dos dados para outra finalidade e devolução integral ao fim do contrato.

Incidentes: plano de resposta com comunicação à SEMUS, à ANPD e aos titular desafetados, nos prazos da regulamentação da ANPD.

e.3 Direitos do titular e compartilhamento de dados

O pedido de cópia do prontuário ou de informação sobre o tratamento entra pelaOuvidoria. O encarregado responde dentro do prazo legal, e cada pedido fica registrado.

O compartilhamento com a SEMUS, com os órgãos de controle e com os sistemas doMinistério da Saúde decorre de obrigação legal e da própria parceria. Não hácompartilhamento com qualquer outro terceiro.

Imagens do CFTV: o sistema de monitoramento exigido no item 10.3 "f" do TR segue as mesmas regras de acesso e guarda, com acesso da SEMUS em tempo real.

f.demonstração de que a solução gera os dados necessários à apuração das metas e dos indicadores do Anexo II e à prestação de contas do Anexo VIII.

O prontuário grava sozinho o horário de cada marco que o Anexo II usa para contar tempo. O profissional não digita hora: ela vem do servidor, sincronizado por NTP, e não pode ser alterada depois. Isso protege a unidade e a Secretaria — o número que sai no BI é o mesmo que está no prontuário.

f.1 Relatórios do Anexo VIII gerados pelo sistema

Relatório	Itens do Anexo VIII	Prazo
Relatório mensal de execução e monitoramento	4.1, "a" a "g": metas × resultados, produção e origem dos usuários, satisfação, despesas por grupo, folha sintética, fluxo de caixa, custos indiretos com memória de rateio	Até o dia 20 do mês seguinte
Relatório trimestral consolidado	5.1, "a" a "r": memória de cálculo do Anexo III, execução financeira, folhas analíticas, contratos, bens permanentes, ouvidoria, balancete	Até o dia 20 do mês seguinte ao trimestre

Relatório	Itens do Anexo VIII	Prazo
Prestação de contas parcial	6.1, pelo art. 71 do Decreto Municipal 2.121/2021	Até 90 dias do fim do exercício
Prestação de contas final	6.1, pelo art. 71 do Decreto Municipal 2.121/2021	Até 90 dias do fim da vigência

Acesso da Secretaria em tempo real

A SEMUS recebe usuários próprios, só de leitura, para o Gestor da Parceria, a Comissão de Monitoramento e Avaliação e a Superintendência de Atenção Especializada. Com eles a Secretaria consulta, a qualquer hora, o painel de indicadores, a fila de atendimento por cor de risco, o mapa de leitos de observação, os estoques e as imagens do CFTV (TR, itens 5.7.2 e 10.3 "f"; Termo de Colaboração, item 16.1.1).

Os órgãos de controle — Controle Interno, auditorias do SUS e controle externo — recebem acesso equivalente quando solicitarem, como prevê o item 10.4 "h" do TR. O acesso de todos fica registrado na trilha de auditoria.

A mesma base alimenta a publicação das prestações de contas e dos resultados assistenciais no sitio da Santa Casa, item que também pontua no Quadro 12.

2.3 PROCESSOS E MANUAIS

V.1.9 — MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE URGÊNCIA

1. Apresentação

O presente manual define o método institucional para planejar, elaborar, revisar, validar, aprovar, implantar, acompanhar e atualizar protocolos assistenciais. Seu objetivo é transformar evidências científicas e requisitos técnicos em documentos padronizados, claros, seguros e aplicáveis ao trabalho cotidiano das equipes. Trata-se de um guia de construção e governança documental, e não de um protocolo clínico de atendimento.

A metodologia será comum às unidades sob gestão da Santa Casa, com adequações documentadas às condições reais de cada serviço, aos recursos

disponíveis, às competências profissionais e às pactuações da rede municipal de saúde.

2. Objetivos

Uniformizar o formato e o conteúdo mínimo dos protocolos assistenciais.

Definir atribuições para elaboração, análise crítica, aprovação e atualização.

Garantir fundamentação em fontes confiáveis e rastreáveis.

Assegurar viabilidade operacional, capacitação e acesso às versões vigentes.

Criar mecanismos de auditoria, avaliação de resultados e melhoria continua.

3. Abrangência e princípios

Aplica-se a profissionais envolvidos na produção e utilização de documentos assistenciais, respeitando as atribuições legais e éticas de cada categoria. Os protocolos deverão observar segurança do paciente, humanização, equidade, comunicação efetiva, confidencialidade, rastreabilidade e integração com os serviços de referência e contrarreferência.

4. Governança e responsabilidades

Direção/Gerência da unidade

Autoriza a abertura do processo de elaboração, designa responsáveis, disponibiliza recursos e acompanha a implantação.

Responsável técnico da área

Coordena a redação, analisa a pertinência clínica, verifica a compatibilidade com a prática profissional e propõe revisões.

Equipe multiprofissional

Contribui com o mapeamento do processo, identifica riscos e avalia a aplicabilidade das rotinas.

Qualidade/Segurança do Paciente/ Educação Permanente

Padroniza o documento, controla versões, consolida indicadores e acompanha não conformidades.

Planeja capacitações, registra participação e avalia a assimilação do conteúdo.

Instância de aprovação institucional

Formaliza a autorização de uso, conforme o regimento interno e as responsabilidades técnicas aplicáveis.

5. Método de elaboração — passo a passo

Etapa 1 — Identificar a necessidade

Registrar o problema assistencial, a frequência ou gravidade dos eventos, a variabilidade das condutas e os riscos envolvidos. Definir por que a padronização é necessária e qual melhoria se pretende alcançar. Produto: solicitação de elaboração e justificativa.

Etapa 2 — Delimitar o escopo

Descrever o objetivo, o público-alvo, os setores envolvidos, os cenários de aplicação e os limites do documento. Diferenciar claramente o que o protocolo abrange e o que depende de outros fluxos ou serviços. Produto: termo de escopo.

Etapa 3 — Constituir o grupo elaborador

Designar coordenador, redatores, revisores técnicos e representantes das categorias envolvidas. Registrar nomes, funções, competências e prazos. Produto: relação de participantes e cronograma.

Etapa 4 — Mapear o processo atual

Descrever a jornada do usuário, pontos de decisão, recursos, interfaces entre equipes, gargalos, riscos e comunicação com a rede. Identificar diferenças entre unidades e turnos. Produto: mapa do processo e lista de necessidades.

Etapa 5 — Levantar evidências e normas

Consultar legislação aplicável, documentos oficiais, diretrizes de sociedades científicas, revisões sistemáticas e recomendações reconhecidas. Registrar título, instituição, edição, ano, link ou identificador e data de consulta. Verificar atualidade e conflitos entre fontes. Produto: matriz de referências.

Etapa 6 — Avaliar aplicabilidade e recursos

Confrontar as recomendações com pessoal habilitado, medicamentos, equipamentos, exames, estrutura, tecnologia e serviços regulados realmente disponíveis. Não incorporar procedimento sem condições de execução segura. Produto: análise de viabilidade e lacunas.

Etapa 7 — Redigir o protocolo em formato padronizado

Utilizar linguagem objetiva, critérios verificáveis e sequência operacional lógica. Indicar condições de entrada e saída, responsáveis por cada ação, pontos de decisão, registros necessários, alertas de segurança e fluxos de escalonamento. Evitar ambiguidades e siglas não definidas. Produto: minuta do protocolo.

Etapa 8 — Construir fluxograma e instrumentos de apoio

Representar o percurso por caixas e decisões, distinguindo ações, encaminhamentos e pontos críticos. Preparar checklists ou formulários apenas quando acrescentarem segurança e rastreabilidade. Produto: fluxograma e anexos operacionais.

Etapa 9 — Submeter à revisão técnica e interdisciplinar

Realizar conferência das fontes, coerência interna, responsabilidades, riscos, acessibilidade do texto e compatibilidade com normas e rede local. Registrar sugestões, decisões e pendências. Produto: parecer de revisão e versão ajustada.

Etapa 10 — Validar a execução na prática

Testar a compreensão do documento com profissionais dos setores envolvidos, por simulação, discussão de caso ou aplicação supervisionada, sem expor usuários a risco. Ajustar pontos inviáveis ou ambíguos. Produto: relatório de validação.

Etapa 11 — Aprovar e publicar versão controlada

Registrar código, versão, data de vigência, elaboradores, revisores, aprovadores e próxima revisão. Disponibilizar apenas a versão autorizada, retirar versões obsoletas e preservar histórico documental. Produto: protocolo aprovado e lista mestra atualizada.

Etapa 12 — Capacitar e implantar

Treinar profissionais por função e turno; divulgar onde consultar o documento; comprovar presença e avaliar entendimento. Implantar com apoio das lideranças e plano para dúvidas operacionais. Produto: registros de capacitação e plano de implantação.

Etapa 13 — Monitorar adesão e resultados

Definir indicadores simples e auditáveis: completude de registros, cumprimento de etapas críticas, tempos relevantes, incidentes, retrabalho e desfechos aplicáveis. Estabelecer periodicidade, fonte dos dados e responsável pela análise. Produto: painel e relatório de auditoria.

Etapa 14 — Revisar e melhorar continuamente

Programar revisão ordinária institucional, a cada 12 meses, e revisão extraordinária diante de novas evidências, alterações legais, incidentes, mudanças de estrutura ou da rede assistencial. Documentar alterações, reaprová-las e retreinar quando necessário. Produto: nova versão e histórico de mudanças.

6. Estrutura mínima padronizada de cada protocolo

1. Capa e identificação: título, código, unidade, versão, vigência e classificação do documento.

2. Objetivo e resultados esperados.

3. Abrangência, público-alvo e setores de aplicação.

4. Definições e siglas.

5. Critérios de inclusão, exclusão e situações especiais, quando aplicáveis.

6. Responsabilidades por categoria e por etapa.

7. Recursos e pré-requisitos para execução.

8. Descrição sequencial das ações e decisões, com pontos críticos de segurança.

9. Fluxograma, instrumentos e registros obrigatórios.

10. Critérios de encaminhamento, continuidade e encerramento do processo.

11. Indicadores, forma de auditoria e tratamento de desvios.

12. Referências técnicas completas e atualizadas.

13. Identificação de elaborador, revisor, aprovador, periodicidade e histórico de revisões.

7. Controle documental e atualização

A gestão documental manterá lista mestra com código, título, setor, versão, data de vigência, responsável técnico, data da última revisão, data prevista da próxima revisão, situação de aprovação e local de acesso. A periodicidade ordinária proposta é anual, sem prejuízo de revisões antecipadas quando houver mudança relevante. Cada alteração deverá ter justificativa, comparação entre versões e aprovação documentada.

8. Indicadores e melhoria contínua

A avaliação deverá combinar indicadores de processo, resultado e segurança. Cada indicador será descrito em ficha técnica contendo definição, numerador, denominador, fonte de dados, frequência de apuração, responsável e critério de análise. Os achados serão discutidos com as equipes e convertidos em planos de ação com prazos, responsáveis e verificação de eficácia.

9. Registros e evidências

Devem ser arquivados: solicitação de elaboração, escopo, nomeação do grupo, matriz de fontes, versões preliminares, pareceres, atas de validação, documento aprovado, listas de treinamento, auditorias, planos de ação e histórico de revisões. O acesso e a guarda respeitarão a legislação de proteção de dados e as políticas institucionais.

10. Modelo de ficha de controle do protocolo



11. Disposições finais

A publicação de cada protocolo clínico exigirá validação técnica específica e verificação de sua viabilidade nas unidades. O manual deverá ser conhecido pelas lideranças e permanecer disponível para consulta, servindo como referência metodológica para todos os novos documentos assistenciais.

a.Protocolo de acolhimento com classificação de risco

O acolhimento com classificação de risco constitui uma etapa da organização assistencial dos serviços de urgência e emergência, destinada à identificação das necessidades dos usuários e à definição da prioridade de atendimento conforme a gravidade clínica apresentada.

O protocolo estabelece procedimentos para recepção, escuta qualificada, avaliação inicial, identificação de sinais e sintomas, verificação dos sinais vitais, classificação da prioridade clínica e direcionamento dos usuários aos respectivos ambientes assistenciais. A classificação será realizada por

enfermeiro capacitado, observadas as competências profissionais e os critérios institucionais estabelecidos.

A organização do atendimento considera cinco níveis de prioridade, identificados pelas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul, com os respectivos tempos previstos para o primeiro atendimento médico, conforme os parâmetros estabelecidos no edital.

O documento contempla, ainda, critérios de identificação de situações de maior gravidade, monitoramento e reavaliação dos usuários, comunicação entre as equipes, registros assistenciais e acompanhamento dos indicadores relacionados à classificação de risco e aos tempos de atendimento.

Sua aplicação nas Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul tem como finalidade assegurar a priorização clínica, a identificação de situações de risco e a organização do fluxo assistencial, com observância dos princípios de humanização e segurança do paciente.

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, em sua íntegra, consta no ANEXO I - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE URGÊNCIA da presente Proposta Técnica.

b.Protocolo de dor torácica

A dor torácica representa uma manifestação clínica que exige avaliação estruturada nos serviços de urgência e emergência, considerando a possibilidade de condições cardiovasculares agudas, especialmente a síndrome coronariana aguda e o infarto agudo do miocárdio.

O protocolo tem como finalidade orientar o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas sugestivos de comprometimento cardíaco, a classificação da prioridade assistencial, a avaliação clínica inicial e a realização dos exames necessários à investigação diagnóstica.

O documento institucional contempla a identificação das características da dor, dos sintomas associados e dos fatores de risco, destacando a realização do eletrocardiograma em até dez minutos da chegada do usuário, quando houver suspeita de síndrome coronariana aguda. Estabelece, ainda, orientações para

monitoramento clínico, avaliação dos exames laboratoriais, estratificação de risco e definição das condutas terapêuticas.

A assistência será organizada conforme a condição clínica do usuário, abrangendo as medidas iniciais de estabilização, o acompanhamento da evolução e a identificação das situações que demandem recursos especializados, com acionamento dos mecanismos de regulação aplicáveis.

A implementação do protocolo nas Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul busca padronizar a abordagem da dor torácica de possível origem cardíaca, reduzir atrasos na identificação de situações de maior gravidade e assegurar o registro das avaliações, intervenções e encaminhamentos realizados.

O Protocolo de Dor Torácica, com o documento institucional de Dor Torácica, consta em sua íntegra no ANEXO I - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE URGÊNCIA da presente Proposta Técnica.

c. Protocolo de acidente vascular cerebral

O acidente vascular cerebral constitui uma emergência neurológica caracterizada por alterações súbitas da circulação cerebral, que podem decorrer de obstrução vascular ou de hemorragia, ocasionando manifestações neurológicas de intensidade variável e risco de comprometimento funcional.

O protocolo tem como objetivo orientar a identificação precoce dos sinais e sintomas sugestivos de acidente vascular cerebral, a avaliação clínica inicial, o reconhecimento do tempo de início das manifestações e a organização das medidas assistenciais necessárias à estabilização do usuário.

O documento institucional contempla os critérios de suspeita clínica, a avaliação neurológica, a utilização de instrumentos específicos de mensuração da gravidade, a investigação diagnóstica e a diferenciação entre os eventos isquêmicos e hemorrágicos. Também apresenta orientações relacionadas ao

manejo inicial, à monitorização e às possibilidades terapêuticas, conforme avaliação médica e critérios de elegibilidade.

Nas Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul, a aplicação do protocolo deverá considerar a identificação imediata dos sinais de alerta, a priorização do atendimento, o registro dos horários relevantes e a articulação com os serviços de referência, mediante acionamento da regulação quando necessária a transferência para continuidade da assistência.

O acompanhamento dos casos compreenderá o registro das avaliações e condutas, dos procedimentos realizados, da evolução clínica e dos encaminhamentos, permitindo a análise dos indicadores relacionados à assistência aos usuários com suspeita de acidente vascular cerebral.

O Protocolo de Acidente Vascular Cerebral, consta no ANEXO I - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE URGÊNCIA da presente Proposta Técnica.

d.Protocolo de sepse

A sepse constitui uma condição clínica decorrente de resposta desregulada do organismo à infecção, associada à disfunção orgânica e ao risco de agravamento do estado geral do usuário, exigindo reconhecimento e intervenção oportunos nos serviços de urgência e emergência.

O protocolo tem por finalidade padronizar a identificação dos sinais clínicos sugestivos de sepse, a avaliação inicial, a abertura do protocolo assistencial e o acompanhamento das intervenções realizadas pelas equipes médica e de enfermagem.

O documento institucional apresenta os critérios de suspeição e reconhecimento da gravidade, a avaliação dos sinais vitais e das alterações orgânicas, a solicitação de exames complementares, a investigação do possível foco infeccioso e as medidas terapêuticas iniciais, incluindo a administração de antimicrobianos e as medidas de suporte indicadas conforme avaliação médica.

O protocolo contempla o acompanhamento da primeira hora de atendimento, a monitorização da resposta terapêutica, o registro das condutas e

a avaliação do desfecho clínico, estabelecendo responsabilidades para os profissionais envolvidos na assistência.

Nas Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul, a execução do protocolo será articulada aos fluxos de atendimento das áreas críticas e de observação, com manutenção das medidas de estabilização e acionamento da regulação quando a condição clínica demandar transferência para serviço de maior complexidade.

O Protocolo de Sepse, em sua íntegra, consta no ANEXO I - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE URGÊNCIA da presente Proposta Técnica.

e.Protocolo de trauma

O atendimento ao usuário traumatizado requer uma abordagem organizada, considerando a possibilidade de lesões simultâneas, comprometimento de funções vitais e necessidade de intervenções imediatas para estabilização clínica.

O protocolo tem como objetivo padronizar a avaliação inicial, a identificação das lesões e dos sinais de gravidade, a definição das prioridades assistenciais e o acompanhamento dos usuários vítimas de trauma atendidos nos serviços de urgência e emergência.

O documento institucional contempla os procedimentos de avaliação primária e secundária, com atenção às condições das vias aéreas, respiração, circulação, estado neurológico e exposição do usuário, além da identificação de hemorragias, alterações hemodinâmicas e outras condições que representem risco imediato à vida.

Também estabelece orientações relacionadas à estabilização, monitorização, controle de hemorragias, imobilização, manejo inicial das lesões, prevenção de complicações e definição do destino assistencial, conforme a avaliação clínica e os recursos necessários à continuidade do atendimento.

Nas Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul, a aplicação do protocolo deverá assegurar a atuação coordenada das equipes, o registro das avaliações e intervenções e a articulação com o Complexo Regulador Estadual quando houver indicação de transferência, observados os critérios para utilização do transporte de suporte básico ou acionamento do SAMU 192 nos casos que exijam suporte avançado de vida.

O Protocolo de Trauma, em sua íntegra, consta no ANEXO I - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE URGÊNCIA da presente Proposta Técnica.

f.Indicação, para cada protocolo, das referências técnicas adotadas, do responsável pela sua atualização e da periodicidade de revisão

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará sistemática de controle e atualização dos protocolos assistenciais, com identificação das referências utilizadas, definição dos responsáveis técnicos e estabelecimento de periodicidade de revisão, assegurando rastreabilidade documental e adequação às necessidades assistenciais de cada unidade.

Cada protocolo conterá título, código de identificação, versão, data de elaboração, referências bibliográficas, responsáveis pela elaboração e revisão, registro de aprovação e previsão da próxima revisão.

Quadro de responsabilidades e atualização

CONTROLE DE REVISÃO DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Responsabilidades técnicas e periodicidade de atualização

Protocolo	Responsável pela revisão técnica	Áreas de apoio	Periodicidade proposta
Acolhimento com classificação de risco	Coordenação de Enfermagem – RT	Coordenação Médica, Qualidade e Educação Permanente	Anual e extraordinária quando necessária
Dor torácica	Direção Técnica Médica – RT	Enfermagem, Farmacêutico – RT e apoio diagnóstico	Anual e extraordinária quando necessária
Acidente vascular cerebral	Direção Técnica Médica – RT	Enfermagem, apoio diagnóstico e interface com a regulação	Anual e extraordinária quando necessária
Sepse	Direção Técnica Médica – RT, com participação da Coordenação de Enfermagem – RT	Farmacêutico – RT, laboratório e Núcleo de Segurança do Paciente	Anual e extraordinária quando necessária
Atendimento ao trauma	Direção Técnica Médica – RT	Enfermagem e interface com transporte e regulação	Anual e extraordinária quando necessária

RT: Responsável Técnico

Este é o modelo de controle de revisão dos protocolos, onde os demais protocolos não incluídos aqui serão demonstrados após assinatura do contrato.

Seleção e registro das referências

As referências serão selecionadas conforme a pertinência ao tema, a qualidade da evidência e a aplicabilidade ao perfil assistencial da unidade. Serão considerados documentos oficiais do Ministério da Saúde, protocolos municipais, recomendações de sociedades científicas e demais fontes técnicas aplicáveis.

Para cada fonte efetivamente utilizada, serão registrados instituição ou autoria, título completo, edição ou versão, ano de publicação e endereço eletrônico com data de acesso, quando disponível. A edição das referências será conferida pelo responsável técnico antes da aprovação do protocolo.

Periodicidade e critérios de revisão

A revisão ordinária ocorrerá a cada 12 meses, contados da aprovação ou da última revisão formal. Esse intervalo constitui compromisso institucional proposto.

A revisão extraordinária será realizada sempre que identificadas:

- Alterações normativas ou novas evidências com impacto nas condutas;
- Mudanças na estrutura, nos equipamentos, nos medicamentos ou nos exames disponíveis;
- Modificações nos fluxos de referência, transporte ou regulação;
- Incidentes, eventos adversos ou não conformidades que indiquem necessidade de adequação;
- Recomendações fundamentadas das equipes assistenciais ou da gestão municipal.

Validação, aprovação e divulgação

O responsável técnico realizará a análise crítica do conteúdo e registrará as alterações propostas. A validação envolverá as áreas relacionadas ao protocolo, respeitadas as competências profissionais.

Após aprovação pelas instâncias técnicas competentes, o documento receberá identificação da versão e data de vigência. A Educação Permanente organizará a orientação das equipes, com registro dos profissionais capacitados. As versões anteriores serão retiradas dos pontos de consulta assistencial e preservadas em arquivo histórico.

Controle e evidências

Será mantida planilha de controle por unidade, contendo protocolo, referências, responsável nominal e cargo, versão, data de aprovação, próxima revisão e situação documental.

A execução será comprovada por registros de designação dos responsáveis, documentos aprovados, histórico de alterações, atas de análise

crítica, registros de capacitação e auditorias de aplicação. Os nomes, registros profissionais e datas serão preenchidos conforme as designações e aprovações efetivamente realizadas.

V.1.10 — MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO E DE TRANSPORTE SANITÁRIO

SANTA CASA
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

DOCUMENTO TÉCNICO
VERSÃO 1.0
NOVEMBRO DE 2026

MANUAL DE ROTINAS

Almoxarifado, Farmácia, Patrimônio e Transporte Sanitário

Rotinas, fluxos, responsabilidades e controles operacionais para a gestão de suprimentos, da assistência farmacêutica, do patrimônio e do transporte sanitário, em conformidade com o contrato de gestão, legislações vigentes e normas da vigilância sanitária.



Almoxarifado
Recebimento, conferência, armazenamento, controle de estoque e ressuprimento.

Farmácia
Dispensação segura, controle de medicamentos e materiais, com atenção aos itens de controle especial.

Patrimônio
Controle, tombamento, movimentação, conservação, inventário e baixa de bens.

Transporte Sanitário
Regulação, gestão da frota, manutenção, controle de combustível e registro das saídas.

ABRANGÊNCIA Aplica-se a todas as unidades e serviços geridos pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, conforme contrato de gestão.

Segurança e Qualidade | Eficiência Operacional | Rastreabilidade e Controle | Uso Responsável dos Recursos Públicos

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Cuidado, gestão responsável e excelência em saúde.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

SANTA CASA
de São Bernardo do Campo

MANUAL DE ROTINAS OPERACIONAIS

Almoxarifado, Farmácia, Patrimônio e Transporte Sanitário

UPA 24h Norte – José de Souza Dourado

UPA 24h Sul – Gerson Pires de Aguiar

Palmas – Tocantins

Identificação	Referência
Edital	Chamamento Público nº 001/2026 – SEMUS/Palmas
Processo administrativo	SEI nº 17.137010.000064-2026-78
Instrumento de parceria	Número e modalidade a preencher após formalização
Versão	1.0 | novembro de 2026
Elaboração	Coordenação de Suprimentos, Farmácia e Patrimônio
Aprovação	Diretoria Técnica e Administrativa – após validação formal
Vigência	A partir do início da execução contratual, mediante aprovação

Documento operacional proposto. Parâmetros e rotinas dependentes do instrumento contratual e de seus anexos serão validados antes da implantação.

Apresentação e critérios de aplicação

Este manual mostra como a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, vai comprar, receber, guardar, distribuir e controlar tudo o que entra nas UPAs 24h Norte e Sul de Palmas. Vale também para os bens que o Município nos confia e para a ambulância de cada unidade. As rotinas são as mesmas nas duas UPAs; onde uma unidade funciona de modo diferente, o texto diz.

A ideia central cabe em uma frase. Tudo que entra tem origem documentada, tudo que sai tem destino identificado, e qualquer diferença entre o que está na prateleira e o que está no sistema tem explicação por escrito.

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço.

Ela tem caráter intersetorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

Partindo desse princípio, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo divide o setor de logística de suprimentos em três departamentos, sendo eles: compras, almoxarifado e farmácia.

A Irmandade fará a aquisição, o abastecimento e o controle de todos os itens necessários ao pleno funcionamento das unidades:

- medicamentos, conforme as portarias ministeriais, a RENAME e a padronização do Município de Palmas;
- materiais e insumos médico-hospitalares e de enfermagem, material de radiologia, gases medicinais e EPI;
- materiais de limpeza e de higienização, enxoval e uniformes;
- materiais de escritório e suprimentos de informática;
- combustível e insumos de bordo da ambulância;
- demais itens necessários à operação.

Testes rápidos, imunobiológicos e medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde para doenças e agravos de interesse sanitário não são comprados pela Irmandade. São solicitados às áreas técnicas da SEMUS e controlados no mesmo sistema, com os resultados informados nos sistemas do Ministério.

Dito isso, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do campo propõe esta Padronização de Procedimentos com o objetivo regulamentar e uniformizar rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo, visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos de operação.

Ao mesmo tempo, trata do intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotina, tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários e às equipes internas.

Esta proposta de padronização de condutas possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Almoxarifado, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Áreas atendidas pelo almoxarifado

O almoxarifado responde pelo fluxo de recebimento, armazenamento, controle, movimentação e distribuição. Atende as áreas assistenciais (classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de estabilização, observação, sala de procedimentos e gesso, odontologia, laboratório e radiologia) e as áreas de apoio:

- Lavanderia e Rouparia;
- Hotelaria;
- Manutenção Predial;
- Manutenção de Equipamentos e Engenharia Clínica;

- Conservação e Limpeza;
- Tecnologia da Informação;
- Nutrição, Central de Material e Esterilização, Transporte Sanitário e Administração.

Cada uma dessas áreas é um centro de custo próprio. A Irmandade realizará a aquisição, abastecimento e controle de todos os medicamentos (conforme portaria ministerial e padronização pelo município), materiais e insumos médicos e de enfermagem; materiais de limpeza, de escritório e suprimentos de informática e demais necessários para o pleno funcionamento das unidades.

O almoxarifado será responsável pelo correto fluxo de recebimento dos materiais, armazenamento, controle de estoque, e sua movimentação, distribuição para as áreas de atendimento ao paciente e as áreas de apoio como: Lavanderia, Rouparia, Hotelaria, Manutenção Predial, Manutenção de equipamentos, Conservação e Limpeza, Tecnologia de Informação, e outros.

Atuamos em conformidade com as Regulamentações que dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem de Medicamentos e materiais.

O setor fará a gestão da distribuição dos materiais a serem distribuídos nas diversas áreas. Esse controle deverá ser realizado através de formulários eletrônicos, onde o colaborador fará a checagem e acompanhamento das demandas de cada setor da Unidade.

Caberá ao setor administrativo realizar o controle de patrimônio dos bens cedidos ou adquiridos pela Instituição. Será realizado inventário periodicamente e qualquer intercorrência será informado à administração da Unidade, caso tenha alguma baixa de patrimônio, a Prefeitura será comunicada.

No controle deverá conter no mínimo as seguintes informações:

- Tipo, estado de conservação, número de controle de patrimônio, e local.

Dados Técnicos

SANTA CASA de São Bernardo do Campo

IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

Campo	Identificação
Entidade	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo
Unidades de Saúde	UPA 24h Norte – José de Souza Dourado e UPA 24h Sul – Gerson Pires de Aguiar
Município	Palmas – TO
Instrumento	Edital de Chamamento Público nº 001/2026 – SEMUS/Palmas
Processo Administrativo	SEI nº 17.137010.000064-2026-78
Contrato de Gestão	A ser preenchido após a formalização contratual
Versão	1.0
Elaboração	Coordenação de Suprimentos, Farmácia e Patrimônio
Aprovação	Diretoria Técnica e Diretoria Administrativa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo
Vigência	A partir do início da execução do Contrato de Gestão, com revisão anual ou sempre que houver alterações normativas, operacionais ou contratuais relevantes.

Observação técnica: O quadro foi adaptado para contemplar as duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Palmas/TO, vinculadas ao Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

Objetivo e base normativa

Este manual diz, passo a passo, como a unidade recebe, guarda, entrega e controla tudo o que compra ou recebe do Poder Público: material, medicamento, bem patrimonial e viatura. Ele vale para todos os colaboradores do almoxarifado, da farmácia, do patrimônio e do transporte sanitário, inclusive terceirizados.

A lógica é simples. Cada item que entra tem origem documentada, cada item que sai tem destino identificado, e cada diferença entre o físico e o sistema tem uma explicação por escrito. Recursos públicos exigem esse rastro, e o órgão contratante e os órgãos de controle vão pedir por ele.

Objetivos

- Padronizar as rotinas de suprimentos, assistência farmacêutica, patrimônio e transporte sanitário.
- Evitar desabastecimento, perda por validade e desvio de material.
- Garantir a rastreabilidade de lotes, bens e deslocamentos.
- Alimentar a apuração de custos da unidade com dados confiáveis (item V.1.11).
- Dar transparência à prestação de contas do Termo de Colaboração.

Base normativa

Norma	O que regula neste manual
Constituição Federal, art. 37 e art. 70, parágrafo único	Legalidade, eficiência e dever de prestar contas de quem gere recursos públicos
Lei nº 9.637/1998	Organizações sociais e Termo de Colaboração
Lei nº 8.080/1990	Organização do SUS e assistência farmacêutica
Lei nº 4.320/1964	Normas gerais de controle patrimonial e inventário
Lei nº 5.991/1973 e Lei nº 13.021/2014	Controle sanitário do comércio de medicamentos e atividade farmacêutica
Portaria SVS/MS nº 344/1998	Substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial
RDC Anvisa nº 22/2014	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)
RDC Anvisa nº 471/2021	Antimicrobianos sujeitos a controle especial
RDC Anvisa nº 430/2020	Boas práticas de distribuição, armazenagem e transporte de medicamentos
RDC Anvisa nº 222/2018	Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)
Resolução CONAMA nº 358/2005 e Lei nº 12.305/2010	Destinação final de resíduos e Política Nacional de Resíduos Sólidos

Norma	O que regula neste manual
Portaria GM/MS nº 2.048/2002	Sistemas de urgência e emergência, incluindo transporte de pacientes
Lei nº 9.503/1997 (CTB) e normas do CONTRAN	Condução de veículos de emergência e habilitação do condutor
Lei nº 13.709/2018 (LGPD)	Dados pessoais e sensíveis em receitas, prontuários e fichas de transporte

1. Finalidade, escopo e governança

1.1 Objetivos

- Assegurar disponibilidade oportuna de medicamentos, materiais médico-hospitalares, gases medicinais e outros insumos necessários às atividades assistenciais e de apoio.
- Padronizar recebimento, conferência, armazenamento, requisição, dispensação, distribuição e registro das movimentações.
- Prevenir perdas, vencimentos, desvios, desabastecimentos e aquisições desconectadas da demanda real.
- Controlar os bens patrimoniais próprios, adquiridos com recursos da parceria e disponibilizados pelo Município, conforme sua natureza jurídica.
- Organizar acionamento, conservação, abastecimento e rastreabilidade das atividades de transporte sanitário previstas no ajuste.

1.2 Abrangência

Aplicação às equipes de Compras, Almoxarifado, Farmácia, Patrimônio, Transporte Sanitário, Administração, Direção e setores requisitantes, incluindo prestadores contratados nas atividades que lhes couberem. O atendimento abrangerá consultórios, classificação de risco, observação, estabilização, medicação, procedimentos, apoio diagnóstico e demais serviços efetivamente previstos para cada unidade.

1.3 Referências normativas

Deverão ser observadas, conforme pertinência e vigência, a Lei nº 8.080/1990; a Lei nº 13.021/2014; a Portaria SVS/MS nº 344/1998; as normas sanitárias aplicáveis à assistência farmacêutica, à armazenagem e ao transporte de medicamentos; a RDC Anvisa nº 222/2018; a Lei nº 12.305/2010; a Lei nº 13.709/2018 (LGPD); o Código de Trânsito Brasileiro; e as diretrizes assistenciais de urgência e emergência aplicáveis. Também prevalecerão os requisitos específicos do edital, do termo de referência, do Termo de Colaboração e do Regulamento de Compras e Contratações vigente da entidade.

A aplicabilidade de sistemas de escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial, regras de aquisição e prazos específicos deverá ser conferida segundo o tipo de estabelecimento, a operação concreta e a normatização sanitária vigente. Não se pressupõe aplicação automática do SNGPC às UPAs.

Definições

CMM (consumo médio mensal): média dos últimos seis meses, sem os meses com desabastecimento.

Índice sazonal: o percentual do Quadro 3 do Termo de Referência que mostra quanto cada mês se afasta da média de atendimentos de cada UPA.

Estoque mínimo (EM): reserva de segurança que não se consome em condições normais.

Ponto de ressuprimento (PR): saldo que dispara o pedido de compra.

TR (tempo de ressuprimento): dias entre o pedido e a entrega.

Tombamento: registro do bem próprio no patrimônio, com número e plaqueta.

Bem cedido: bem do Município entregue por Termo de Permissão de Uso. Continua público e volta ao Município ao fim da parceria.

1.4 Responsabilidades por área

Área	Responsabilidade principal

Compras	Formalizar os processos aquisitivos, pesquisar preços, avaliar fornecedores, emitir pedidos e acompanhar fornecimento conforme regulamento institucional.
Almoxarifado/Suprimentos	Receber, conferir, guardar, controlar, separar e distribuir materiais, com acompanhamento dos estoques e ponto de reposição.
Farmácia	Gerenciar medicamentos, lotes, validades, conservação, dispensação, rastreabilidade e controle especial sob responsabilidade farmacêutica.
Setores requisitantes	Especificar necessidades, formalizar pedidos, conferir entregas e promover uso racional.
Coordenação Administrativa	Integrar equipes, tratar ocorrências, monitorar abastecimento e apoiar a gestão patrimonial e de frota.
Direção da UPA	Supervisionar riscos operacionais e providenciar decisões que assegurem continuidade e segurança assistencial.

2. Gestão de suprimentos

2.1 Planejamento das necessidades

Cada UPA terá planejamento próprio, baseado no consumo histórico, no perfil assistencial, nos atendimentos esperados, na sazonalidade, nos prazos de fornecimento e na criticidade dos itens. Os estoques de suporte à vida, estabilização e atendimento de urgência terão avaliação prioritária. Os

parâmetros serão revisados sempre que houver alteração relevante da demanda.

As áreas de Almoxarifado e Farmácia verificarão saldos, itens em trânsito, produtos próximos do vencimento e pendências de entrega. O dimensionamento deverá considerar a capacidade física de armazenamento, evitando tanto a falta quanto o excesso de produtos.

2.2 Aquisição e reposição

Identificada a necessidade, a requisição de aquisição será submetida às instâncias competentes, com descrição, unidade de medida, quantitativo, justificativa e prazo requerido. Os produtos de consumo regular serão repostos por parâmetros de estoque e ponto de pedido, sem exigir uma solicitação isolada de cada setor a cada compra. Produtos não padronizados serão submetidos à análise técnica e justificativa específica, observadas a padronização municipal e as exigências contratuais.

O Setor de Compras conduzirá cotações, habilitação e avaliação de fornecedores, aprovações e emissão de ordens, conforme o regulamento institucional efetivamente aprovado e as obrigações da parceria. Procedimentos de licitação pública, modalidades ou quantitativos fixos de cotações não serão apresentados como exigência universal da entidade sem previsão expressa aplicável.

O fornecedor entrega no horário fixado pelo almoxarifado, em dias úteis, salvo urgência autorizada pela coordenação.

O recebedor confere se a entrega corresponde a uma ordem de compra ou autorização de fornecimento válida. Sem documento de origem, a carga não é descarregada.

Confere a nota fiscal: CNPJ do emitente e do destinatário, descrição, quantidade, valor unitário, lote e validade.

Na nota, assina o canhoto com a ressalva "recebido para conferência". O aceite definitivo só vem depois do item 2.2.

Produtos termolábeis têm prioridade absoluta: a temperatura é aferida na porta, registrada, e o produto vai à câmara fria em até 30 minutos.

2.3 Recebimento e conferência

O recebimento compreenderá conferência documental, quantitativa e qualitativa. Antes do aceite, serão comparados documento fiscal, pedido autorizado, fornecedor, descrição, quantidade, integridade, lote, validade, condições de transporte e requisitos técnicos. Produtos termossensíveis terão prioridade de conferência e imediata destinação ao armazenamento adequado, com registro das condições térmicas quando aplicável.

A conferência é feita em duas etapas, por pessoas diferentes sempre que a escala permitir.

Quantitativa: contagem física por unidade, caixa e lote, comparada com a nota e com o pedido.

Qualitativa: integridade da embalagem, lacre, rotulagem em português, registro na Anvisa, prazo de validade e laudo de análise quando exigido.

Validade mínima aceita no recebimento: 12 meses, ou 75% da vida útil total para itens de validade curta. Exceções dependem de justificativa escrita da farmácia e do aceite expresso do coordenador.

Encontrou divergência? O conferente lavra o Termo de Recebimento com Ressalva, fotografa, notifica o fornecedor em até 24 horas e mantém o item segregado na área de quarentena até a solução. Se a divergência não for sanada, o item é devolvido com carta de recusa.

Divergências, avarias e suspeitas de comprometimento de qualidade gerarão registro de não conformidade e segregação preventiva, com comunicação a Compras e ao responsável técnico competente. O produto somente será liberado para uso após análise e aceite. A entrada definitiva será lançada no sistema informatizado, vinculada ao documento de origem.

Conferência concluída, o item entra no sistema com lote, validade, custo unitário e centro de custo de destino. Só então o estoque passa a existir para fins de dispensação.

2.4 Registro de estoque

As entradas, saídas, transferências, perdas, devoluções e ajustes serão registradas em sistema informatizado, com identificação do responsável e do centro de custo, sempre que aplicável. Cada unidade manterá saldo próprio e identificação de localização; controles manuais, quando utilizados em contingência, serão posteriormente conciliados ao sistema.

2.5 Armazenamento

Os locais de guarda deverão ser limpos, organizados, com acesso controlado e condições ambientais compatíveis com o produto e com as orientações do fabricante. Materiais incompatíveis serão segregados. Produtos termolábeis terão monitoramento térmico e medidas de contingência para falha de equipamento ou energia.

Será utilizado o critério PVPS (primeiro que vence, primeiro que sai) para itens sujeitos a vencimento e PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai) para os demais, quando tecnicamente cabível. O posicionamento de prateleiras e materiais respeitará as características do ambiente e as recomendações sanitárias, sem adoção de distâncias ou faixas térmicas genéricas em substituição às especificações técnicas.

- Área exclusiva, limpa, com controle de acesso e iluminação sem incidência direta de sol.
- Produtos sobre paletes ou prateleiras, afastados no mínimo 20 cm do piso e das paredes, respeitando o empilhamento máximo do fabricante.
- Endereçamento por rua, prateleira e nível, registrado no sistema.
- Organização pelo critério PVPS (primeiro que vence, primeiro que sai).
- Temperatura ambiente entre 15 °C e 30 °C e umidade relativa até 70%, salvo indicação diversa do fabricante. Leitura duas vezes ao dia, com registro em planilha ou datalogger.
- Termolábeis entre 2 °C e 8 °C, em refrigerador ou câmara exclusiva, com termômetro de máxima e mínima e plano de contingência para queda de energia.
- Inflamáveis, saneantes e gases medicinais em áreas próprias, separados de medicamentos e alimentos.

- Desvio de temperatura ou umidade: o farmacêutico avalia o lote, segrega o que estiver comprometido e registra a ocorrência.

2.6 Distribuição e requisição

A distribuição interna seguirá requisição autorizada, separação, conferência, entrega comprovada e baixa sistêmica. Demandas rotineiras serão programadas para reduzir retrabalho; demandas urgentes terão prioridade assistencial e posterior regularização documental quando necessário. Os registros deverão permitir identificar unidade, setor, item, quantidade, lote quando cabível e profissional responsável.

- A saída segue sempre o mesmo fluxo: requisição, separação, conferência e baixa.
- O setor solicitante emite requisição no sistema, assinada eletronicamente pelo responsável do setor.
- O almoxarifado ou a farmácia separa pelo PVPS, conferindo lote e validade.
- Um segundo colaborador confere a separação antes da entrega.
- O recebedor do setor assina o comprovante de entrega, e a baixa é feita no sistema contra o centro de custo requisitante.
- Na farmácia hospitalar, adota-se a dispensação por dose individualizada, por paciente e por 24 horas, a partir da prescrição médica validada pelo farmacêutico. Sobras e devoluções voltam ao estoque somente se a embalagem estiver íntegra e o lote identificado.
- Os carrinhos e maletas de emergência são lacrados, com lacre numerado. Conferência mensal e reposição imediata após cada uso.

2.7 Estoques mínimos e ressuprimento

Os responsáveis definirão consumo médio mensal (CMM), tempo de reposição (TR) e período de segurança (TS), de acordo com a criticidade e o

comportamento de demanda. Como fórmula operacional inicial, passível de ajuste após análise dos dados locais:

Parâmetro	Cálculo / interpretação
Estoque de segurança estimado	EM = CMM × (TS / 30)
Ponto de ressuprimento	PR = [CMM × (TR / 30)] + EM
Critério de revisão	Considerar consumo real, sazonalidade, itens críticos e atrasos históricos de fornecedores

Classe do item	Tempo de segurança	Revisão dos parâmetros
Medicamentos e materiais de suporte à vida (curva A ou críticos)	15 dias	Mensal
Medicamentos e materiais de uso regular	10 dias	Trimestral
Material de expediente, limpeza e copa	7 dias	Semestral

Exemplo: um soro com consumo médio de 900 unidades por mês e fornecedor que entrega em 10 dias. Com tempo de segurança de 15 dias, o estoque mínimo é de 450 unidades e o ponto de ressuprimento é de 750 unidades. Quando o saldo chega a 750, o sistema emite o alerta e a compra é iniciada no mesmo dia.

O estoque máximo corresponde ao CMM multiplicado pelo intervalo entre compras, somado ao estoque mínimo. Acima dele, a compra é bloqueada, salvo justificativa.

Diferença entre físico e sistema em inventário é apurada em até 5 dias úteis, com relatório ao coordenador. Ajuste no sistema só com autorização por escrito e justificativa arquivada.

Os prazos de segurança não são presumidos como imposição editalícia: serão definidos e aprovados tecnicamente pela Irmandade durante a implantação, com revisão periódica. Inventários rotativos priorizarão itens críticos ou de maior valor e movimentação; será realizado inventário geral conforme o calendário institucional e as obrigações da parceria.

Segurança e Qualidade

- observância às normas sanitárias e de biossegurança, controle de pragas e descarte adequado de materiais obsoletos ou vencidos.

Gestão de Informação

- emissão de relatórios gerenciais de consumo, entradas, saídas e saldo, subsidiando o planejamento de compras e evitando desabastecimento.



2.8 Continuidade de fornecimento

O risco de ruptura será identificado antes do esgotamento físico. Em caso de atraso, aumento excepcional de consumo ou indisponibilidade de fornecedor, Almoxarifado e Farmácia comunicarão a Coordenação e a Direção, com indicação do saldo, consumo projetado e alternativas. O plano de contingência contemplará aquisição emergencial autorizada, avaliação de substitutos tecnicamente aptos e eventual remanejamento formalmente autorizado. Medicamentos críticos não serão substituídos por decisão meramente administrativa.

Setor de Compras

O processo de compras e contratação de serviços e obras, ocorre com o ordenamento legal e premissas do Regulamento de Política de Compras, Contratação de Obras e Serviços, transcrito abaixo.

As modalidades são:

- Convites;
- Tomada de preço;
- Concorrência;
- Registro de preço;
- BEC (bolsa eletrônica); e
- Pregão.

Nas aquisições efetuadas são exigidos três orçamentos ou carta de exclusividade.

A ordem de compra é emitida pelo membro responsável por cada grupo de materiais e de acordo com a necessidade.

A Divisão de Material e Suprimentos abre processo, sendo que os fornecedores recebem as informações sobre abertura do processo de compra.

As empresas que participam do processo devem apresentar documentos necessários à comprovação da capacidade jurídica e regularidade fiscal da empresa.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores são estabelecidos pelo Grupo Técnico de Análise de Compras.

GRUPO DE PRODUTOS	EXIGÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO
Medicamentos, materiais médico hospitalares e órtese e próteses	Certificado de Boas Práticas de Fabricação Alvará da Vigilância Sanitária Inscrição no Conselho Regional de Farmácia Autorização de Funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária Laudo Analítico de Órtese e Prótese Registro no Ministério da Saúde
Reagentes	Registro no Ministério da Saúde Laudo Técnico do Produto
Alimentos	Registro no Ministério da Saúde Registro Dinal Registro Portaria 326 Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Registro na Secretaria Estadual da Saúde

A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, as equipes técnicas especializadas das Unidades participarão da avaliação dos produtos no processo de compras, onde ocorre quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade, visita técnica no local onde o material é produzido, análise microbiológica, sensorial e testes com o material para avaliação da qualidade.

Qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa.

O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e, quando necessário, procede-se a troca do produto encaminhando-se o parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada a área através de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Material e Suprimentos. A Central de Compras e Suprimentos deve se organizar com cadastro dos fornecedores, ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e elaboração de indicadores de desempenho, manter parceria com seus fornecedores com objetivo de

aprimorar e adequar cada vez mais os seus produtos às necessidades dos clientes e profissionais.

Competências:

- Executar as atividades relativas à aquisição de materiais e contratação de serviços, observando o cumprimento da Lei e demais legislação vigente que rege a matéria;
- Realizar levantamento de preços com no mínimo 03 fornecedores;
- Organizar e manter o cadastro de fornecedores e prestadores de serviços no Sistema Informatizado devidamente atualizado;
- Exigir e conferir dos fornecedores, apresentação de proposta de preços com clareza de especificação e exatidão de valor; validade da proposta, condições de pagamento e modalidade de frete;
- Elaborar Mapa Estimativo de Preços, para processos de aquisição de materiais e serviços;
- Gerar e transmitir Autorização de Fornecimento ao fornecedor adjudicado e almoxarifado ou unidade requerente.

Atividades em relação à Gestão de Contratos

- Analisar as propostas de fornecimento de materiais e de prestação de serviços e proceder à verificação do cumprimento das exigências legais para celebração de contratos;
- Elaborar contratos relativos às compras de materiais ou à contratação de serviços;
- Auxiliar os gestores de contratos terceirizados, acompanhando os prazos e as condições contratuais e efetuando as alterações necessárias;
- Controlar e acompanhar a prestação de contas;
- Preparar relatórios para subsidiar a atuação da Diretoria.

Aspecto Legal

Os Procedimentos para contratações e aquisições destinam-se a selecionar a melhor proposta para as Unidades e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo.

Toda contratação é precedida de Processo Administrativo prévio, devidamente agregado das documentações compatíveis que embasam e justificam as medidas tomadas e a tramitação decorrente de tal contratação não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento.

Base Legal de Licitações e Contratos

As contratações de obras, serviços, compras e alienações, quando na gestão de recursos publicizados devem ser necessariamente precedidas de licitação, obedecidas às disposições ali elencadas. Para tanto, considera-se:

Obra e Serviço de Engenharia - toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais das áreas de engenharia e arquitetura;

Demais Serviços - aqueles não compreendidos acima;

Compra - toda aquisição remunerada de bem para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

Comissão de Licitação - colegiado permanente ou especial, composto de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações;

Homologação - o ato pelo qual a autoridade competente, após verificar regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da licitação;

Adjudicação - o ato pelo qual a autoridade competente atribui ao interessado o direito de executar o objeto a ser contratado.

São modalidades:

Concorrência - modalidade de licitação na qual será admitida a participação de qualquer interessado que, na fase de habilitação, comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no instrumento convocatório para execução de seu objeto, podendo ser utilizada para qualquer valor estimado;

Convite - modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, cujo instrumento convocatório será afixado em local apropriado, com a finalidade de possibilitar a participação de outros interessados;

Concurso - modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, cientifico ou artistico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores;

Leilão - modalidade de licitação entre quaisquer interessados, para a venda de bens, a quem oferecer maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação;

Pregão Presencial - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas escritas e lances verbais em sessão pública, vedada sua utilização para contratação de obras e serviços de engenharia;

Pregão Eletrônico - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de utilização de recursos de tecnologia da informação;

Tomada de Preço - modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação

Sistema de Registro de Preços - conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras.

Premissas

O tipo de licitação de técnica e preço será utilizado preferencialmente para contratações que envolvam natureza intelectual ou nas quais o fator preço não seja exclusivamente relevante, e, neste caso, desde que justificado tecnicamente;

Nas licitações de técnica e preço a classificação dos proponentes será feita de acordo com a média ponderada das valorizações das propostas técnica e de preço, de acordo com os pesos estabelecidos no instrumento convocatório, que serão objetivos;

Nas licitações, na modalidade Pregão só será admitido o tipo menor preço.

Contratos

O instrumento de contrato é obrigatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituido por outro documento, como proposta com aceite, carta contrato, autorização de fornecimento ou documento equivalente, que deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão, necessariamente, o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso; o preço ajustado; o prazo de execução; as garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas no instrumento convocatório, sendo que estes terão prazo determinado não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais alterações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses .A prestação de garantia, quando prevista no instrumento convocatório, será

limitada a 10% (dez por cento) do valor do contrato e, à escolha do prestador, constará de:

- Caução em dinheiro;
- Fiança bancária;
- Seguro-garantia.
- O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o contratante, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório;
- As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação constarão de termos aditivos;
- Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de complementação ou acréscimo que se fizerem nas obras, serviços ou compras, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial e, em até 50% (cinquenta por cento), para reforma de edifício ou equipamento, ambos atualizados;
- A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao licitante as seguintes penalidades, previstas no instrumento convocatório;
- Perda do direito à contratação;
- Perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantia de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
- Suspensão do direito de licitar ou contratar com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, por prazo não superior a 2 (dois) anos.
- O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou

no contrato, inclusive a de suspensão do direito de licitar ou contratar com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.

- Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo poderá proceder às contratações, mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas observadas os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever o respectivo regulamento.

- O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou no contrato, inclusive a de suspensão do direito de licitar ou contratar com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo.
- Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo poderá proceder às contratações, mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas observadas os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever o respectivo regulamento.

Estabelecimento do Procedimento de Compras

O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas predefinidas a seguir:

- Solicitação de Compras devidamente autorizada;
- Seleção de Fornecedores;
- Apuração da Melhor Oferta;

- Autorização da diretoria Administrativa -Financeira;
- Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

O procedimento de compras terá início com o recebimento da solicitação de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de disponibilidade orçamentária e que deverá conter as seguintes informações:

- Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser
- adquirido;
- Especificações técnicas;
- Quantidade a ser adquirida;
- Regime de compra: rotina ou urgente.

O Setor de Compras e Suprimentos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da cotação, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: custos de transporte e seguro até o local da entrega:

- Custos de transportes e seguro até o local da entrega;
- Forma de pagamento;
- Prazo de entrega;
- Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade;
- Durabilidade do produto;
- Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- Disponibilidade de produtos ou serviços em tempo hábil exigido;

- Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
- Assistência técnica;
- Garantia dos produtos.

O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita da seguinte forma:

Compras com valor estimado a partir de R$ 1.001,00 (um mil e um reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, por telefone, fax ou e-mail, registrados em mapa de cotações;

Compras com valor estimado abaixo de R$ 1.000,00 (um mil reais) - Mínimo de 01 (uma) cotações de fornecedor, registradas em mapa de cotações ou "Ata de Realização", devidamente assinada, da rodada de negócios e lances, se for o caso, necessariamente acompanhado da confirmação escrita do fornecedor por fax, carta ou e-mail.

Após aprovada a compra, a Diretoria Administrativa e Financeira autoriza o setor de Compras, a emitir a Autorização de Compras e/ou Serviços, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma:

- Uma via para o fornecedor;
- Uma via para o Setor requisitante;
- Uma via para o arquivo do Setor de Compras.

No recebimento dos serviços, bens e materiais o setor requisitante ficará responsável, juntamente, com o encarregado do almoxarifado, consoante às especificações contidas na Autorização de Compra e/ou Serviços e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal a Diretoria Administrativa/Financeira.

Serviços Técnico-profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- Pareceres, perícias e avaliações em geral;
- Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias operacionais e de gestão (administrativa, financeira, contábil, de pessoal, de sistemas informatizados e outras afins);
- Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
- Área de museologia, como a prestação de serviços de profissionais de restauro, conservação, pesquisa, ação educativa, palestrantes, couriers, expografia, entre outros.

Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações

Além do fluxo processual/físico, paralelamente também há o controle/registro eletrônico de todas as compras e contratações da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo aplicáveis para gestão das Unidades.

Tal controle se faz por meio se software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo/ contratação, saldos e valores contratuais, tipo do contrato.

Serviços Terceirizados

As normas aplicáveis para uma competente Gestão Assistencial envolvem uma vasta cadeia de fornecedores e uma complexa rede de Prestadores de Serviços Especializados.

Para as contratações de serviços sob a gestão de cada Unidade além das normas constantes dos regulamentos próprios para contratação serão adotados critérios rigorosos de seleção e execução de serviços.

REGULAMENTO DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

Proposta de Regulamento de Compras, Contratação de Obras e Serviços

CAPÍTULO I
FINALIDADE

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade normatizar as ações dos Serviços de Compras, bem como estabelecer critérios para a contratação de serviços, além de garantir os princípios da moralidade, economicidade e impessoalidade, além do princípio da isonomia, consagrado no Art. 5º, caput, da Constituição Federal onde "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza".

Art. 2º - Caracterizamos como compra qualquer aquisição remunerada de materiais de consumo, equipamentos médicos, mobiliário, além da prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas.

CAPÍTULO II
DAS COMPRAS

Art. 3º - As compras serão realizadas por profissional habilitado, contratado pela IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SBC que terá suas atribuições e competências descritas no Manual do Fornecedor (item 5.2.1.1.3.).

Art. 4º - As compras de produtos consumíveis serão efetuadas após cotação de preços e autorizadas pela direção local no tocante a preços,

quantidade e qualidade dos produtos. As cotações poderão ser realizadas via fone, fax e/ou meio eletrônico (e-mail, comunidade de compras ou Portal Eletrônico).

CAPÍTULO III
DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRAS

Art. 5º - Para a aquisição de bens e serviços, se faz necessário o cumprimento das seguintes etapas:

Emissão da solicitação de compras;

Seleção de fornecedores;

Apuração da melhor oferta - preço, condições de pagamento, condições logísticas de atender ao pedido em termos da quantidade, da qualidade e o prazo de entrega;

Emissão da ordem de fornecimento ou de compra (O.F/O.C.);

Aprovação da compra pelo gestor/diretor; e

Confirmação da compra com fornecedores.

Art. 6º - As solicitações de compra deverão partir das unidades de serviços, contendo as seguintes informações:

Descrição do bem ou serviço a ser adquirido;

Especificações técnicas;

Quantidade a ser adquirida;

Regime da compra: rotina ou urgência.

Parágrafo único: As compras dos bens de uso frequente, isto é, os de rotina e os padronizados, partirão sempre das unidades de estoque.

Art. 7º - Será considerado regime de compra urgente, a aquisição de material e/ou serviço com imediata necessidade de utilização.

Parágrafo único: As unidades de serviços requisitantes deverão justificar, por escrito, a compra de urgência com autorização da administração local.

Art. 8º - A seleção de fornecedores de bens e serviços deverá ser criteriosa, levando se em consideração a idoneidade, a qualidade dos materiais ou dos serviços oferecidos, os preços, assim como garantia de entrega, facilidade de manutenção, facilidade de reposição e disponibilidade de atendimento de urgência, quando necessária.

Parágrafo único: O serviço pode, a qualquer tempo, desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito a indenização ou reembolso, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou circunstância que desabone sua idoneidade financeira e técnica ou comprometa sua capacidade de produção, relativo à entrega e qualidade dos produtos.

Art. 9º - Para a apuração do melhor preço deverão ser cotados, no mínimo 03 (três) fornecedores, quando as compras tiverem um valor acima de R$ 1.000,00 (um mil reais).

§1° - Para as compras realizadas em regime de urgência sempre que possível, serão feitas 02 (duas) cotações, via telefônica, ou meio eletrônico, sempre com aprovação do gestor/diretor da instituição.

§2° - Fica excluído de cotação, quando o bem ou serviço, possa ser fornecido por um único fornecedor EXCLUSIVO, em face de especificação existente, com a devida comprovação, isto é, documento que atenda o caráter de exclusividade.

Art. 10º - Deverá ser apresentado ao gestor/diretor da instituição para aprovação de compra, o processo com quadro de preço, orçamentos além do pedido de compras e justificativas.

Parágrafo único: As cotações serão sempre apresentadas pelos fornecedores por escrito, por meio eletrônico e contendo nome do contato, telefone, endereço e logotipo das empresas. Devendo as mesmas ser arquivadas no Serviço de Compras, pelo prazo de 03 (três) anos.

SEÇÃO I

DAS COMPRAS DE PEQUENO VALOR

Art. 11º - Serão consideradas compras de pequeno valor, as aquisições feitas até o valor máximo de R$ 1.000,00 (um mil reais) necessitando de apenas um orçamento acompanhado do pedido e justificativa do solicitante.

Art. 12º - As compras acima de R$ 1.001,00 (um mil e um reais) deverão ter três orçamentos, exceto fornecedores exclusivos/fabricante e ou compras emergenciais com justificativa.

SEÇÃO II
DAS COMPRAS DE MATERIAL ESTOCÁVEIS E NÃO ESTOCÁVEIS

Art. 13º – Estocáveis - Serão realizadas através de meio eletrônico e ou portal eletrônico homologado pela instituição, considerados pelo melhor preço levando em consideração a melhor condição comercial para a instituição.

NOTA: No caso de fabricante ou fornecedor exclusivo poderá ter somente um orçamento.

SEÇÃO III
DA CONTRATAÇÃO DE OBRA E BENS MÓVEIS

Art. 14º - Para fins do presente Regulamento, considera-se serviço toda construção, reforma, ampliação, fabricação, recuperação, manutenção, reparos realizados com mão-de-obra própria da instituição, de terceiros, pessoa física ou jurídica e locações.

SEÇÃO IV
MODALIDADES DE CONTRATAÇÃO

Art. 15º - As modalidades de Contratação obedecerão aos seguintes critérios:

DA CONTRATAÇÃO DE OBRA, SERVIÇOS E BENS MÓVEIS

OBRA E BENS MÓVEIS

Procedimentos de contratação direta, que consiste em contratar mediante simples pesquisa de mercado (três orçamentos), observando limite de até R$ 40.000 (quarenta mil reais).

Procedimentos de contratação mediante carta convite consiste em convocar por escrito três interessados previamente cadastrados e que apresentem suas propostas em até três dias após convite observando o limite de R$ 40.001 (quarenta mil e um reais) a R$ 60.000 (sessenta mil reais).

Procedimento de contratação mediante tomada de preço que consiste em recebimento de propostas de pelo menos três interessados que estiverem cadastrados pelo menos três dias antes da data designada para o recebimento das propostas, de acordo com o estabelecido em um Edital, que será publicado no site da instituição ou mural do local, observando o limite de acima de R$ 60.001 (sessenta mil e um reais).

Parágrafo único: Nas implantações poderá ser realizado no mínimo três (3) cotações no mercado conforme memorial descritivo, esta contratação tem prazo de 90 dias. Após este prazo poderá ser realizado o procedimento III.

Art. 16º - Para a realização de obras deverão ser elaborados previamente os projetos básicos e executivos, bem como o cronograma físico-financeiro, de acordo com os critérios e limites das tabelas de preços vigentes no mercado, e ainda:

Projeto-básico - conjunto de elementos necessários e suficientes com nivel de precisão adequado para caracterizar a obra ou o complexo de obras, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento e que possibilite a avaliação do custo da obra e definição dos métodos e do prazo de execução.

Projeto executivo - conjunto de elementos necessários e suficientes a execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes Associação

Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, cronograma fisico-financeiro - documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

Art. 17º - Na elaboração dos projetos básicos e executivo deverão ser considerados os seguintes requisitos:

Segurança;

Funcionalidade e adequação ao interesse público;

Economia na execução, conservação e operação;

Economia na execução, conservação e operação, sem prejuízo da obra ou do serviço;

Acessibilidade;

Adoção das normas técnicas adequadas; e

Avaliação de custo, definição de métodos e prazo de execução.

Art. 18º - Os processos de contratação de empresa quando a modalidade for Tomada de Preço deverão obedecer às seguintes etapas:

Publicação;

Seleção;

Aprovação técnica;

Apuração da melhor proposta;

Celebração do contrato;

Art. 19º - Para a escolha das empresas que irão participar da seleção, deverão ser considerados o regime de contratação, a idoneidade da empresa, a qualidade, prazo de entrega e o menor custo.

Art. 20º - As empresas participantes deverão apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, através de um cronograma de execução da obra e o custo total. Deverão ainda, apresentar os seguintes documentos:

Cópia do contrato social registrado na junta comercial ou no órgão competente; • Certidões públicas de inexistência de débito (municipais, estaduais, federais, INSS, FGTS);

Certidão forense (certidões da Justiça Federal, Comum de distribuições Cíveis, executivos fiscais, falência, recuperação judicial e protesto);

Apresentação da inscrição junto ao CREA.

Parágrafo único: Somente poderão participar da seleção as empresas que atenderem a todos os requisitos do presente inciso.

Art. 21° - O contrato de empreitada regular-se-á pelas leis do direito civil e pelos princípios da teoria Política de contratos.

Art. 22° - A execução da obra deverá ser fiscalizada de modo sistemático e permanente pela instituição de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificação previstas no contrato e no projeto de execução.

Art. 23° - Caberá ao gestor da obra:

Rejeitar os serviços ou materiais que não correspondam às condições e especificações estabelecidas;

Verificar se os valores cobrados correspondem aos serviços efetivamente executados e prazos estabelecidos;

Acompanhar o ritmo de execução da obra;

Emitir parecer final ao término da obra.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24° - Como todas as compras de bens e serviços deverá ser emitida, pelo fornecedor, nota fiscal, devidamente preenchida ou excepcionalmente, em compras de pequeno valor, recibo datado e assinado, no valor total da compra.

Art. 25º - Os valores estabelecidos nos Artigos 12 e 18 deste Regulamento poderão, periodicamente, ser revistos e atualizados, pelos gestores/diretores da instituição.

Parágrafo único: Fica vedado o favorecimento, em contratações de serviços, contratações de pessoal e compras, estabelecendo relacionamentos comerciais com parentes, familiares e amigos, pessoas ou organizações que já mantiveram outros vínculos profissionais com os dirigentes da entidade, em consonância ao disposto em manuais de repasse ao terceiro setor, do tribunal de Contas do estado de São Paulo SP.

Art. 26º - Os casos omissos ou duvidosos, na interpretação deste Regulamento, serão resolvidos pelos gestores/diretores da instituição.

Art. 27º - Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará, após a assinatura do Termo de Colaboração, um Regulamento de Compras Oficial, que estabelecerá critérios, diretrizes e procedimentos padronizados para todos os processos de aquisição de bens, materiais e serviços.

Esse regulamento será de observância obrigatória e terá como objetivo assegurar transparência, eficiência, economicidade e conformidade legal, promovendo a utilização responsável dos recursos e garantindo que todas as aquisições estejam alinhadas às necessidades assistenciais e administrativas da Instituição.

Planejamento do Abastecimento

O planejamento do abastecimento será desenvolvido a partir do levantamento periódico das necessidades dos setores assistenciais e administrativos, considerando o consumo histórico, a demanda projetada, os saldos disponíveis, os pedidos em andamento, os prazos de entrega dos fornecedores e a necessidade de manutenção de estoques de segurança.

Para o dimensionamento das aquisições, serão considerados, especialmente, os seguintes critérios:

Histórico de consumo e movimentação de materiais e medicamentos por unidade e setor.

Perfil assistencial e demanda de atendimentos das UPAs Norte e Sul.

Classificação dos produtos segundo sua criticidade, essencialidade e frequência de utilização.

Quantitativos disponíveis em estoque e pedidos de aquisição ainda não recebidos.

Prazos médios de reposição e condições de fornecimento.

Prazos de validade, características de conservação e capacidade de armazenamento.

Necessidades decorrentes de alterações no perfil epidemiológico, sazonalidade, aumento de demanda ou implantação de novas atividades.

Definição de estoques mínimos, máximos e de segurança, conforme as características de cada item.

O Almoxarifado/Suprimentos e a Farmácia manterão registros atualizados de entrada, saída, transferência, devolução, perdas e saldos dos produtos sob sua responsabilidade, permitindo a apuração do consumo por setor e centro de custo.

As informações subsidiarão a programação das aquisições e a identificação antecipada das necessidades de reposição.

Para os materiais de consumo regular, serão definidos parâmetros de estoque mínimo, máximo e ponto de ressuprimento, considerando o consumo médio, o prazo de entrega e a margem de segurança necessária à continuidade assistencial. Os quantitativos serão revistos periodicamente, de acordo com as alterações identificadas no consumo.

Os medicamentos e insumos considerados críticos à assistência de urgência e emergência terão acompanhamento prioritário, especialmente aqueles utilizados em estabilização, suporte à vida, atendimento pediátrico, procedimentos ortopédicos e demais atividades previstas para as unidades.

O planejamento deverá contemplar, ainda, os materiais necessários à higienização, limpeza, processamento de produtos para saúde, proteção

individual e funcionamento dos setores administrativos, observadas as respectivas especificações técnicas e exigências sanitárias.

Nas situações de aumento previsível do consumo, os responsáveis pelos setores deverão comunicar antecipadamente suas necessidades ao Almoxarifado/Suprimentos ou à Farmácia, permitindo a adequação da programação de compras.

Dessa forma, a metodologia de abastecimento terá caráter predominantemente preventivo, utilizando informações de consumo e acompanhamento dos estoques para reduzir o risco de interrupções no fornecimento de materiais e medicamentos.

Integração entre os Setores Envolvidos

A gestão do abastecimento será realizada de forma integrada, mediante articulação entre Compras, Almoxarifado/Suprimentos, Farmácia, setores requisitantes e Coordenação Administrativa, respeitadas as competências técnicas e operacionais de cada área.

A estrutura proposta permitirá acompanhar o percurso dos produtos, desde a identificação da necessidade até sua efetiva disponibilização aos setores, co m registro das operações e identificação dos responsáveis.

MATRIZ DE RESPONSABILIDADES | ABASTECIMENTO	
UPAs 24h Norte e Sul • Almoxarifado, Farmácia e Suprimentos	
Setor responsável	**Atribuições no processo de abastecimento**
Almoxarifado/Suprimentos	Recebimento, conferência, armazenamento, controle de movimentação, acompanhamento dos estoques, separação, distribuição e solicitação de reposição dos materiais sob sua responsabilidade.

Farmácia	Gestão dos medicamentos e produtos farmacêuticos, com controle de recebimento, lote, validade, condições de armazenamento, dispensação e rastreabilidade, sob responsabilidade técnica do farmacêutico.
Setor de Compras	Condução das aquisições, pesquisa de preços, seleção de fornecedores, formalização dos pedidos e acompanhamento das entregas, conforme o regulamento institucional aplicável.
Setores requisitantes	Identificação das necessidades, elaboração das requisições, definição de quantidades e especificações pertinentes, conferência do recebimento e utilização racional dos produtos.
Coordenação Administrativa	Acompanhamento dos processos de abastecimento, integração entre setores, avaliação de ocorrências e adoção de providências administrativas para assegurar a continuidade dos serviços.
Direção da Unidade	Supervisão gerencial, acompanhamento dos riscos de desabastecimento e deliberação sobre providências que envolvam a continuidade e a segurança da assistência.

A Farmácia manterá autonomia técnica quanto aos procedimentos sujeitos à responsabilidade farmacêutica, inclusive armazenamento, controle de medicamentos sujeitos a controle especial, dispensação e cumprimento das exigências sanitárias aplicáveis.

As solicitações de aquisição serão encaminhadas ao Setor de Compras após a identificação e validação das necessidades, observados os procedimentos de autorização previstos no regulamento institucional.

A Coordenação Administrativa acompanhará as ocorrências capazes de comprometer o abastecimento, promovendo a articulação entre os responsáveis e o encaminhamento das medidas necessárias.

A gestão integrada deverá assegurar a comunicação entre as áreas, evitando duplicidade de solicitações, divergências de estoque, aquisições desnecessárias e atrasos na reposição.

3. Assistência farmacêutica e medicamentos sujeitos a controle especial

3.1 Organização e cobertura assistencial

A Farmácia deverá garantir fluxo de atendimento às necessidades internas de medicamentos durante as 24 horas de funcionamento das UPAs, com organização de equipe, acesso, prescrição, separação, conferência, dispensação e registro compatíveis com o perfil assistencial e com as exigências contratuais e sanitárias. O dimensionamento exato de profissionais e horários será validado no plano operacional de cada unidade.

3.2 Programação, dispensação e devoluções

A padronização de medicamentos observará as listas e diretrizes municipais pertinentes. A dispensação será vinculada à solicitação assistencial ou prescrição válida e aos procedimentos aprovados pela responsabilidade técnica. Os carrinhos de emergência serão verificados e repostos após uso conforme rotina formalizada. Devoluções ao estoque só serão aceitas após verificação de integridade, identificação, condições de conservação e rastreabilidade.

A Requisição Eletrônica de Materiais será adotada como instrumento preferencial de comunicação entre os setores requisitantes e o Almoxarifado/Suprimentos, permitindo registrar e acompanhar as solicitações de materiais destinados ao funcionamento das unidades.

Os profissionais autorizados serão cadastrados no sistema de gestão, com identificação do requisitante, setor de origem, unidade de atendimento e respectiva autorização, conforme as competências estabelecidas pela Irmandade.

As requisições deverão conter a descrição do material, unidade de medida, quantidade solicitada, identificação do setor e, quando necessário, justificativa da demanda.

As solicitações rotineiras serão encaminhadas ao Almoxarifado com antecedência mínima programada de 24 horas, permitindo a organização da separação, conferência e distribuição dos produtos, observadas as condições de estoque e a programação de abastecimento de cada UPA.

O prazo de 24 horas corresponde à metodologia operacional proposta pela Irmandade, não devendo impedir o atendimento imediato das necessidades assistenciais urgentes.

Nas situações de urgência ou emergência, especialmente quando houver risco à continuidade do atendimento, a solicitação será priorizada, com registro da ocorrência, identificação do responsável e posterior regularização documental, quando necessária.

O Almoxarifado realizará a separação dos materiais conforme as requisições autorizadas, verificando os quantitativos disponíveis, as condições de conservação e a adequação dos produtos solicitados.

A distribuição será acompanhada de registro de saída e comprovação do recebimento pelo setor destinatário, permitindo a rastreabilidade da movimentação e a atualização dos saldos.

Para os medicamentos, a requisição, a distribuição e a dispensação seguirão os procedimentos próprios da Farmácia, respeitando as responsabilidades técnicas e as normas sanitárias pertinentes.

Os registros eletrônicos permitirão consolidar informações de consumo por setor, identificar variações na demanda, avaliar a regularidade das entregas e subsidiar o planejamento de novas aquisições.

Sempre que houver indisponibilidade de determinado produto, o responsável pelo estoque comunicará a ocorrência à área competente,

indicando o quantitativo disponível, a previsão de reposição e, quando aplicável, a necessidade de avaliação técnica de alternativa de abastecimento.

A metodologia buscará manter a regularidade do fornecimento às UPAs Norte e Sul, com prioridade para os produtos essenciais aos atendimentos de urgência e emergência e observância dos mecanismos institucionais de controle e prestação de contas.

3.3 Medicamentos sujeitos a controle especial

Os medicamentos sujeitos a controle especial serão guardados em local seguro e de acesso restrito, sob responsabilidade técnica farmacêutica. Serão mantidos os registros de entrada, movimentação, dispensação, perdas e inventários exigidos pela legislação aplicável, com conferências documentadas e tratamento imediato das divergências. A modalidade de escrituração e eventuais obrigações de transmissão eletrônica serão definidas conforme enquadramento sanitário da unidade, sem pressupor uso obrigatório do SNGPC.

Psicotrópicos, entorpecentes, retinoides, imunossupressores e demais substâncias das listas da Portaria SVS/MS nº 344/1998 ficam sob guarda exclusiva do farmacêutico responsável técnico. Ninguém mais tem a chave. Os antimicrobianos seguem a RDC nº 471/2021 quanto à retenção da receita e à escrituração.

Guarda

Armário ou sala exclusiva, de alvenaria ou metal, trancada à chave, dentro da área da farmácia.

Chave sob responsabilidade do farmacêutico de plantão, entregue mediante termo na troca de turno.

Câmeras na área de guarda, com gravação mantida por no mínimo 90 dias.

Estoques satélites (centro cirúrgico, UTI, pronto-socorro) só com armário trancado, saldo fixo autorizado e conferência a cada plantão.

Entrada

O farmacêutico confere pessoalmente a nota fiscal, o lote, a validade e a quantidade.

Registra a entrada no sistema e no SNGPC no mesmo dia, nos termos da RDC nº 22/2014.

Guarda a nota fiscal em pasta própria, pelo prazo legal de 2 anos, no mínimo, ou pelo prazo previsto no termo de Colaboração, se maior.

Saída e dispensação

Saída somente com prescrição médica completa: nome do paciente, medicamento, dose, via, posologia, data, assinatura e CRM legível. Para uso ambulatorial, a notificação de receita ou receita de controle especial, conforme a lista.

Dispensação por dose individualizada, por paciente.

Ampolas usadas e frascos vazios voltam à farmácia junto com o comprovante de administração assinado pela enfermagem.

Sobra de dose fracionada é descartada na presença de duas testemunhas, com registro no Livro de Perdas e Descartes.

Escrituração e balanços

Rotina	Responsável	Periodicidade
Lançamento de entradas, saídas e perdas no sistema e no SNGPC	Farmacêutico RT	Diária
Conferência física do saldo contra o sistema	Farmacêutico de plantão	A cada troca de turno
Conferência dos estoques satélites	Farmacêutico e enfermeiro responsável pelo setor	A cada plantão
Balanço de controlados, quando exigido pela vigilância sanitária local	Farmacêutico RT	Trimestral e anual
Arquivo de receitas e notificações	Farmácia	Contínuo, por no mínimo 2 anos

3.4 Validade, quarentena e destinação

Haverá verificação periódica dos itens próximos do vencimento. Produtos vencidos, avariados, com suspeita de desvio de qualidade ou sujeitos a recolhimento serão retirados do fluxo de uso, identificados e segregados. A destinação seguirá o PGRSS e o procedimento aplicável à classe do resíduo, com documentação do encaminhamento e das baixas. A Coordenação acompanhará perdas e adotará providências preventivas.

3.5. Divergência, furto ou extravio

Se o saldo físico não bater com o sistema, a farmácia não fecha o plantão até achar a causa. Se não achar, o farmacêutico comunica a coordenação e a direção técnica no mesmo dia.

Confirmado o furto, roubo ou extravio, a direção registra boletim de ocorrência e comunica a vigilância sanitária competente, com cópia do boletim. A ocorrência também é lançada no SNGPC.

3.6. Dados pessoais

Receitas e notificações trazem dados de saúde, que são dados sensíveis pela LGPD. Ficam em arquivo fechado, com acesso restrito à farmácia e à auditoria, e não são fotografadas ou enviadas por aplicativo de mensagem.

3.7. Controle de validade, segregação de vencidos e descarte

Produto vencido não pode estar na mesma prateleira que produto em uso. Parece óbvio, mas é a falha que mais aparece em inspeção sanitária, e ela se evita com rotina fixa, não com boa vontade.

Monitoramento de validade

O sistema emite, todo dia 1º, o relatório de itens a vencer, separado em três faixas:

Faixa	Prazo até o vencimento	Ação obrigatória
Atenção	180 dias	Etiqueta amarela na prateleira; priorizar na dispensação
Alerta	90 dias	Etiqueta vermelha; propor remanejamento a outras unidades da rede ou troca com o fornecedor
Crítico	30 dias	Comunicação formal à coordenação; uso apenas se houver consumo previsto até a data

Além do relatório, o conferente faz a inspeção visual mensal de todas as prateleiras, por endereço, e assina o checklist.

Segregação

No dia do vencimento, ou antes, se houver avaria, desvio de qualidade ou recolhimento determinado pela Anvisa, o item é retirado da área de uso.

Vai para a área de segregação: espaço fechado, sinalizado com a placa "PRODUTOS VENCIDOS OU AVARIADOS – PROIBIDO O USO", com acesso restrito.

É baixado no sistema para a localização "segregação", com motivo, lote, quantidade e custo. A perda é lançada no centro de custo de origem.

Controlados vencidos ficam no armário de controle especial, em compartimento separado e identificado, até o descarte autorizado.

Descarte

O descarte segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da unidade, elaborado nos termos da RDC nº 222/2018 e da Resolução CONAMA nº 358/2005.

Medicamentos vencidos e químicos: resíduo do Grupo B, acondicionados em recipiente rígido, identificados e recolhidos por empresa licenciada para tratamento e destinação final.

Perfurocortantes: Grupo E, em caixa coletora própria.

Controlados: o descarte observa o rito da vigilância sanitária local, com termo de inutilização assinado pelo farmacêutico RT e, quando exigido, presença ou autorização da autoridade sanitária. A baixa é lançada no SNGPC.

Bens patrimoniais inservíveis não são descartados por esta rotina: seguem o desfazimento.

Cada recolhimento gera o Manifesto de Transporte de Resíduos e o Certificado de Destinação Final, arquivados por no mínimo 5 anos junto ao relatório de perdas. Sem certificado, o descarte não está comprovado.

Relatório de perdas

Todo mês a farmácia e o almoxarifado consolidam as perdas por validade, avaria e desvio de qualidade, em quantidade e em reais. O relatório segue para a diretoria e compõe a prestação de contas. Perda acima de 1% do valor médio do estoque no mês exige plano de ação.

4. Gestão patrimonial

A unidade convive com dois tipos de bem, e a rotina precisa distinguir um do outro desde o primeiro dia. Há os bens adquiridos pela entidade com recursos do termo de colaboraçao. E há os bens públicos cedidos por termo de permissão de uso, que nunca deixam de pertencer ao ente público.

Os dois são controlados no mesmo sistema, mas com cadastro, plaqueta e relatório próprios. Confundir os dois na hora da devolução, ao fim do contrato, gera responsabilização.

4.1 Cadastro e classificação

O cadastro patrimonial distinguirá bens públicos disponibilizados pelo Município, bens adquiridos com recursos vinculados à parceria e outros bens próprios da entidade, conforme as respectivas regras de titularidade e destinação. Para cada bem serão mantidos, quando aplicáveis, descrição,

identificação patrimonial, número de série, estado de conservação, localização, responsável e documentação de origem.

4.2 Recebimento, tombamento e responsabilidade

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará procedimentos de recebimento, identificação, registro, controle, guarda e conservação dos bens patrimoniais destinados ao funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, observadas as disposições do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, especialmente as condições estabelecidas na Cláusula Décima Quinta da minuta do Termo de Colaboração.

Recebimento e Inventário Inicial

O recebimento dos bens públicos disponibilizados pelo Município de Palmas será precedido de inventário físico, patrimonial e funcional, realizado em conjunto com os representantes da Administração Pública, mediante identificação individualizada dos equipamentos, mobiliários e demais bens permanentes.

O inventário deverá registrar a descrição do bem, número patrimonial, marca, modelo, número de série, localização, estado de conservação e condição de funcionamento, acompanhados de registros fotográficos, quando necessários.

As informações integrarão o Termo de Permissão de Uso, instrumento pelo qual os bens públicos serão disponibilizados gratuitamente à entidade, exclusivamente para execução do objeto da parceria.

Eventuais divergências, avarias ou deficiências de funcionamento identificadas no recebimento deverão constar de registro específico, com comunicação formal à Administração Pública.

Tombamento e Identificação Patrimonial

Os bens permanentes serão cadastrados em sistema de controle patrimonial, mantendo-se a distinção entre aqueles pertencentes ao Município, os adquiridos com recursos da parceria e os bens próprios da entidade.

Os bens públicos cedidos conservarão sua identificação patrimonial original, não sendo submetidos a novo tombamento que altere os registros oficiais do Município.

Os bens adquiridos com recursos vinculados à parceria terão identificação individualizada, registro da fonte de recursos e documentação de aquisição.

A Irmandade comunicará à Administração Pública todas as aquisições de bens móveis realizadas com recursos da parceria, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, mantendo o inventário permanentemente atualizado, conforme previsto no item 15.5 da minuta do Termo de Colaboração.

Responsabilidade pela Guarda, Conservação e Reposição

A Irmandade assumirá a responsabilidade institucional pela guarda, manutenção, conservação e reposição dos bens públicos cedidos, devendo assegurar sua utilização exclusivamente nas atividades vinculadas à execução da parceria.

Os bens serão mantidos segurados, com cobertura compatível, conforme exigido no item 15.2 da minuta do Termo de Colaboração.

As coordenações e os responsáveis pelos setores usuários acompanharão as condições de utilização e conservação dos equipamentos, comunicando à administração patrimonial necessidades de manutenção, avarias, extravios ou outras ocorrências.

O Termo de Responsabilidade Patrimonial identificará o setor, o responsável pela guarda e os bens disponibilizados, sem afastar a responsabilidade institucional da entidade perante a Administração Pública.

A eventual responsabilização individual de profissionais dependerá da apuração das circunstâncias do ocorrido e da identificação dos pressupostos legais pertinentes.

Movimentação, Substituição e Baixa Patrimonial

Toda movimentação de bens deverá ser registrada e autorizada pela instância competente, com atualização da localização e do responsável pela guarda.

A alienação ou substituição de bens móveis públicos dependerá de prévia autorização da Administração Pública e de avaliação patrimonial, observadas as condições estabelecidas no item 15.3 da minuta do Termo de Colaboração.

Na hipótese de substituição autorizada, o novo bem deverá possuir valor igual ou superior ao substituído e integrar o patrimônio do Município.

A entidade não promoverá unilateralmente a baixa, alienação ou destinação definitiva dos bens públicos cedidos.

Inventário e Prestação de Contas

Serão realizados inventários patrimoniais periódicos, com conciliação entre os registros administrativos e os bens efetivamente existentes em cada unidade.

As divergências identificadas serão apuradas e documentadas, com adoção das providências administrativas pertinentes e comunicação à Administração Pública, quando cabível.

Os registros patrimoniais integrarão os instrumentos de acompanhamento e prestação de contas da parceria.

Restituição e Destinação dos Bens

Ao término da parceria, os bens públicos cedidos serão restituídos ao Município de Palmas nas mesmas condições em que foram recebidos, ressalvado o desgaste natural decorrente de sua utilização regular.

Os bens permanentes adquiridos, produzidos ou transformados com recursos da parceria serão formalmente transferidos e incorporados ao patrimônio municipal ao término da vigência, ressalvada decisão fundamentada em sentido diverso, conforme previsto no item 15.4 da minuta do Termo de Colaboração.

A restituição será acompanhada de inventário atualizado e documentação que permita verificar a identificação, localização, integridade e condição de funcionamento dos bens.

Movimentação, inventário e ocorrências

Transferências internas, saídas para manutenção e empréstimos deverão ser formalizados por guias e autorizações próprias. O inventário patrimonial será realizado conforme a frequência exigida pelo contrato e pelo planejamento institucional, incluindo conciliação dos bens físicos com os registros. Danos, extravios ou furtos serão comunicados à Direção e, para bens municipais, à gestão contratante na forma e nos prazos aplicáveis.

Movimentação

Tipo	Documento	Quem autoriza
Transferência entre setores	Guia de Movimentação Patrimonial, com novo Termo de Responsabilidade	Chefes dos dois setores e patrimônio
Saída para manutenção externa	Guia de Saída para Conserto, com previsão de retorno	Patrimônio e engenharia clínica
Empréstimo temporário	Termo de Empréstimo, com prazo	Coordenação administrativa
Bem cedido, qualquer movimentação externa	Autorização do órgão contratante	Ente público

A portaria só libera saída de bem com guia assinada. A guia é conferida contra a plaqueta.

Ocorrências

Bem danificado, desaparecido ou furtado é comunicado pelo responsável em até 24 horas. O patrimônio abre processo de apuração, anexa boletim de ocorrência quando for o caso e, tratando-se de bem cedido, comunica o órgão contratante no mesmo prazo.

Inventário anual

O inventário anual é obrigatório e se encerra até 31 de dezembro de cada exercício.

A diretoria designa, por portaria interna, comissão de no mínimo três membros, sem subordinação direta ao setor de patrimônio.

A comissão percorre todos os ambientes, lê a plaqueta de cada bem e confronta com o relatório do sistema.

Registra bens encontrados, não encontrados, sem plaqueta, fora do local e em mau estado.

Emite relatório final com as divergências e as providências, assinado por todos.

O relatório dos bens cedidos é enviado ao órgão contratante. O dos bens próprios integra a prestação de contas anual.

Além do anual, o patrimônio faz inventários parciais na troca de chefia de um setor e sempre que houver indício de desvio

Serão realizados inventários patrimoniais periódicos, além de conferências extraordinárias quando ocorrerem substituições de responsáveis, transferências de equipamentos, identificação de divergências ou encerramento da gestão contratual.

As necessidades de manutenção preventiva e corretiva serão comunicadas aos setores competentes, com registro das intervenções realizadas, de modo a preservar as condições de funcionamento e segurança dos equipamentos utilizados na assistência.

Nos casos de dano, perda, extravio ou inutilização, será elaborado registro circunstanciado da ocorrência, com identificação do bem, descrição dos fatos e encaminhamento à instância administrativa competente para avaliação e providências.

Ao término da execução contratual, os bens públicos disponibilizados à gestão serão objeto de conferência e prestação de contas, com apresentação de inventário atualizado, indicação das condições de conservação e formalização da devolução, conforme as exigências contratuais.

A finalidade desses procedimentos é assegurar a rastreabilidade dos bens, preservar o patrimônio público, definir as responsabilidades

administrativas e garantir a disponibilidade dos equipamentos necessários ao funcionamento continuo das UPAs Norte e Sul, evitando perdas, utilização indevida e interrupções dos serviços assistenciais

Baixa e encerramento da parceria

Bens inservíveis terão avaliação e laudo quando pertinente. A Irmandade não promoverá baixa ou destinação unilateral de bens públicos disponibilizados pelo Município. Ao término da execução contratual, será preparado inventário de devolução e transição, com registro do estado de conservação e das pendências.

Integração com a apuração de custos

A apuração de custos do item V.1.11 adota o custeio por absorção, com a unidade dividida em centros de custo produtivos, auxiliares e administrativos. Este manual é a principal porta de entrada de dados desse custeio, e a integração funciona assim:

Consumo de materiais e medicamentos: cada baixa no estoque é lançada automaticamente, pelo custo médio ponderado, no centro de custo requisitante. Na dispensação por paciente, o custo vai também para a conta do paciente.

Perdas: vencidos, avarias e descartes entram como custo do centro de custo responsável pelo estoque, em conta própria de perdas, sem se misturar ao consumo.

Depreciação: o módulo de patrimônio calcula a depreciação mensal dos bens próprios, pelo método linear e pela vida útil cadastrada, e a apropria ao centro de custo onde o bem está. Bens cedidos aparecem em relatório gerencial próprio, sem depreciação contábil pela entidade.

Transporte sanitário: combustivel, manutenção, pneus, seguro e horas de tripulação são lançados no centro de custo "Transporte Sanitário". O custo é depois rateado aos setores atendidos pelo número de transportes ou pela quilometragem.

Fechamento: até o 5º dia útil do mês seguinte, almoxarifado, farmácia, patrimônio e frota fecham o movimento. O setor de custos importa os dados, aplica os critérios de rateio e emite o relatório de custos da unidade.

Como regra de controle, nenhum consumo pode ser lançado sem centro de custo. O sistema bloqueia a requisição incompleta.

Segurança e guarda dos dados

Perfis de acesso por função: quem recebe não aprova ajuste de estoque, e quem dispensa não altera cadastro de produto.

Cópia de segurança diária, com teste mensal de restauração.

Contingência: em queda do sistema, usam-se formulários impressos numerados, lançados em até 24 horas após o restabelecimento.

Os dados são da execução do termo de colaboração e ficam à disposição do órgão contratante e dos órgãos de controle.

Transporte sanitário: acionamento, operação e registro

Ambulância não sai da unidade sem regulação. A transferência de paciente entre serviços passa pelo Complexo Regulador Estadual, que define o destino, a vaga e o tipo de veículo. A unidade executa; quem decide para onde o paciente vai é a regulação.

Acionamento

O médico assistente indica a transferência e preenche o laudo de solicitação, com quadro clínico, sinais vitais, exames, hipótese diagnóstica e motivo.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) insere a solicitação no sistema do Complexo Regulador Estadual e acompanha até a resposta.

Liberada a vaga, o NIR registra o número da regulação, o serviço de destino, o nome de quem aceitou e o horário.

O NIR aciona a coordenação do transporte, que define a viatura e a tripulação conforme o tipo indicado pela regulação.

O médico assistente faz o contato médico a médico com o serviço de destino quando o caso exigir, e entrega a ficha de transferência e cópia dos exames.

Sem número de regulação, a viatura só sai em situação de risco iminente de morte, por decisão do médico responsável e com comunicação imediata à regulação. Tudo isso fica registrado em prontuário

5. Transporte sanitário

5.1 Acionamento e interface com a regulação

O transporte de pacientes será realizado conforme os fluxos regulatórios efetivamente adotados pela rede municipal e estadual, respeitadas as atribuições assistenciais, o tipo de veículo e a tripulação previstos no edital e no contrato. O médico assistente justificará a necessidade de transferência e fornecerá os dados clínicos indispensáveis. A solicitação e autorização serão registradas pelo canal regulatório competente, ressalvados os protocolos legais de urgência extrema.

5.2 Segurança antes, durante e após o trajeto

Antes de cada saída, o condutor verificará as condições do veículo, documentação e itens de segurança; a equipe assistencial conferirá equipamentos, oxigênio, medicamentos e materiais conforme o tipo de transporte. Durante o trajeto serão registrados os dados e intercorrências relevantes. Na chegada, haverá entrega formal do paciente. Após o retorno, serão executadas limpeza, reposição e registro da viagem.

5.3 Frota, abastecimento e manutenção

A gestão da frota manterá diário de bordo por veículo, com data, condutor, origem, destino, autorização ou referência regulatória quando houver, horários, quilometragem inicial e final e intercorrências. Abastecimentos, consumo de combustível, manutenções preventivas e corretivas e indisponibilidades serão registrados e conciliados. Veículo sem condições seguras será retirado de circulação e a coordenação comunicará o impacto assistencial aos responsáveis.

Tripulação

A composição segue a Portaria GM/MS nº 2.048/2002 e o tipo de ambulância definido pela regulação.

Tipo	Uso	Tripulação mínima
B – Suporte básico	Paciente com risco potencial, sem necessidade de intervenção médica no trajeto	Condutor e técnico de enfermagem

O condutor tem habilitação na categoria exigida pelo CTB e o curso especializado para condução de veículo de emergência, válidos e arquivados no setor de pessoal. Toda a equipe passa por capacitação em atendimento pré-hospitalar e em biossegurança.

Operação

Antes da saída: o condutor faz o checklist do veículo (pneus, freios, luzes, sirene, combustível, documentos) e a enfermagem confere o checklist de materiais, medicamentos, oxigênio e equipamentos. Os dois são assinados.

Durante o trajeto: sinais vitais monitorados e registrados na ficha de transporte; intercorrências comunicadas à regulação.

Na chegada: entrega do paciente com assinatura de quem recebeu, data e hora na ficha de transporte.

No retorno: limpeza concorrente da cabine assistencial, reposição de materiais e baixa no sistema.

Conservação do veículo

Rotina	Periodicidade	Responsável
Checklist de saída	A cada plantão e antes de cada saída	Condutor
Limpeza concorrente	Após cada transporte	Equipe de enfermagem e higienização
Limpeza terminal	Semanal e após transporte de paciente com doença transmissível	Higienização
Revisão preventiva	Conforme manual do fabricante, por quilometragem ou tempo	Gestão de frota

Rotina	Periodicidade	Responsável
Calibração e manutenção dos equipamentos médicos	Anual ou conforme fabricante	Engenharia clínica
Licenciamento, seguro e vistoria sanitária	Anual	Gestão de frota

Viatura com defeito que comprometa segurança ou atendimento é retirada de circulação na hora, com comunicação à regulação sobre a redução da frota disponível.

Controle de quilometragem e combustível

Diário de bordo, por viagem: data, viatura, condutor, número da regulação, origem, destino, horário de saída e chegada, quilometragem inicial e final.

Abastecimento somente em posto credenciado, com cartão-combustível vinculado à placa. Cada abastecimento registra data, litros, valor e quilometragem no hodômetro.

Consumo médio (km/l) calculado por viatura todo mês. Variação acima de 15% em relação à média histórica é investigada.

Conciliação mensal: quilometragem do diário de bordo × hodômetro × transportes regulados × notas de abastecimento. Diferença sem explicação vai à coordenação.

Os dados alimentam o centro de custo de transporte (item 6.2, alínea 4) e a prestação de contas.

Competências

A Auxiliar de Farmácia/Administrativa está subordinada à Diretoria Administrativa, mantendo interligação com todas as Unidades sob a gestão da entidade;

Garantir o suprimento constante de medicamentos, materiais de consumo em geral, gêneros alimentícios (KITS) e serviços, enfim todos os recursos de materiais necessários ao funcionamento das Unidades;

Analisar as solicitações/requisições de compras das diversas Unidades;

Obedecer e zelar pelo cumprimento da normatização;

Controle do estoque de materiais padronizados.

Receber os materiais adquiridos, certificando/conferindo a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/Razão Social da Empresa fornecedora, cuja Nota Fiscal também deverá estar conforme a especificação técnica;

Manter estoque mínimo de Materiais Médico.

Realizar mensalmente conferências dos materiais em estoque,

Providenciar a confecção ou aquisição de formulários e impressos padronizados pela Gestão com acompanhamento do consumo dos mesmos.

6. Sistemas, rastreabilidade e prestação de contas

A Irmandade utilizará sistema de gestão para registrar aquisições, movimentos de estoque, dispensações, bens patrimoniais e informações de frota. O sistema a ser implantado, seus módulos e integrações deverão ser identificados formalmente no plano de implantação, evitando referências fictícias a software ou funcionalidades ainda não confirmadas.

Sempre que aplicável, as baixas de materiais e medicamentos serão vinculadas à unidade e ao centro de custo correspondente, permitindo conciliação com a apuração de custos prevista na proposta técnica. O acesso aos dados observará perfis de usuário, segregação de funções, trilhas de auditoria e medidas de segurança compatíveis com a LGPD e com as regras institucionais.

7. Monitoramento, supervisão e revisão

Indicador sugerido	Método de acompanhamento	Periodicidade proposta
Ruptura de itens críticos	Itens críticos indisponíveis / total de itens críticos monitorados	Diária

Perdas por validade e avaria	Valor ou quantidade perdida, por causa e setor	Mensal
Acuracidade de estoque	Itens conferidos sem divergência / itens inventariados	Mensal
Atendimento de requisições	Pedidos atendidos integralmente e no prazo / pedidos válidos	Mensal
Conformidade de recebimento	Entregas aceitas sem ressalvas / entregas conferidas	Mensal
Conformidade patrimonial	Bens identificados e conciliados / bens inventariados	Anual ou contratual
Disponibilidade da frota	Dias/horas operacionais em relação ao previsto	Mensal

As metas quantitativas dos indicadores acima não são fixadas neste manual. Quando houver metas próprias do edital ou do contrato, elas prevalecerão e deverão ser vinculadas ao painel de monitoramento. A Diretoria e as coordenações avaliarão os resultados, registrarão não conformidades e acompanharão medidas corretivas.

8. Capacitação, controle documental e revisão

Os profissionais envolvidos receberão orientação inicial sobre as rotinas de sua área e atualização diante de alterações relevantes de procedimento, norma ou sistema. O manual será revisado ao menos anualmente, ou antes, sempre que houver modificação contratual, sanitária ou operacional relevante. A versão aprovada deverá permanecer disponível às equipes e à fiscalização.

Anexo I – Fluxo integrado de suprimentos

Etapa	Registro mínimo	Responsável
1. Identificação da necessidade	Consumo, saldo, criticidade e justificativa	Setor requisitante / Estoques
2. Aquisição	Solicitação aprovada, cotações e ordem	Compras
3. Recebimento	Documento fiscal e checklist	Almoxarifado / Farmácia
4. Conferência e aceite	Conformidade, lote, validade e ressalvas	Responsável técnico/recebedor
5. Armazenamento	Localização e condições de guarda	Almoxarifado / Farmácia
6. Distribuição	Requisição, comprovante e baixa	Responsáveis pelo estoque
7. Monitoramento	Saldos, inventários e indicadores	Coordenação

Anexo II – Formulários e registros mínimos

Registro	Campos essenciais
Termo de recebimento com ressalva	Unidade; fornecedor; nota fiscal; item; quantidade; ocorrência; lote; fotos/anexos; data; responsável.
Requisição de material	Unidade; setor; solicitante; item; quantidade; prioridade; aprovação; atendimento; recebimento.
Controle de validade	Unidade; produto; lote; validade; quantidade; localização; decisão; responsável.
Guia de movimentação patrimonial	Nº do bem; origem; destino; estado; motivo; autorizações; assinatura.

Diário de bordo	Veículo; motorista; data; origem; destino; autorização; km; horários; intercorrências.
Relatório de não conformidade	Descrição; impacto; contenção; causa; ação corretiva; responsável; prazo e verificação.

Anexo III – Pendências de validação antes da aprovação definitiva

Confirmar, no edital e anexos, a designação exata do instrumento de parceria, as responsabilidades por compra/fornecimento de insumos e gases medicinais e eventuais itens fornecidos diretamente pela SEMUS.

Confirmar composição, tipo e quantitativo de veículos, equipe de transporte, cobertura farmacêutica, serviços próprios e terceirizados para cada UPA.

Validar o Regulamento de Compras e Contratações efetivamente vigente na Irmandade e retirar procedimentos incompatíveis com ele.

Identificar o sistema de gestão que será utilizado e as funcionalidades comprovadamente disponíveis, bem como os fluxos de interface com a apuração de custos.

Validar temperaturas, prazos, frequência de inventários, regras de armazenamento, metas de indicadores e formulários conforme o responsável técnico, as normas aplicáveis e o contrato.

Completar número do contrato, responsáveis pelas aprovações e data de início de vigência.

Aprovação institucional

Elaboração	Validação técnica	Aprovação administrativa
Coordenação de Suprimentos / Farmácia / Patrimônio	Responsáveis técnicos designados	Diretoria competente

Palmas/TO, ____ de _____ de 2026.

V.1.11 - MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

Objetivo e abrangência

Identificar as rotinas e procedimentos para monitoramento e avaliação do gerenciamento dos recursos e estabelecer uma filosofia padrão para nortear as atividades relacionadas à gestão financeira. A Administração Financeira executará atividades de planejamento, análise, acompanhamento e controle financeiro, mantendo interface com a gestão das unidades e com os setores responsáveis pela geração, conferência e encaminhamento dos documentos necessários à execução das rotinas financeiras.

O manual aplica-se às duas UPAs. A estrutura institucional da Irmandade conduzirá os processos em articulação com as gestões locais. Os registros, a apuração de custos e a comprovação das atividades serão individualizados por UPA e consolidados no âmbito da parceria.

Responsabilidades

Área	Responsabilidade
Gestão local e áreas requisitantes	Formalizar demandas, conferir bens e serviços, registrar atestos e encaminhar documentos e dados da unidade.
Compras e Contratações	Realizar cotações, analisar fornecedores, instruir processos e acompanhar o fornecimento.
Financeiro e Tesouraria	Controlar recebimentos e pagamentos, conciliar as contas e elaborar os demonstrativos financeiros.
Contabilidade e Controladoria	Escriturar, conferir a classificação e o rateio, supervisionar o fechamento e revisar os dossiês.
RH, Patrimônio, Faturamento e áreas técnicas	Fornecer folha, registros de pessoal, inventário, produção assistencial, metas e demais evidências de execução.

Área	Responsabilidade
Diretoria e representante legal	Deliberar conforme as alçadas institucionais e aprovar e assinar os documentos de responsabilidade da Irmandade.

Compras e contratação de bens e serviços

O setor de Compras e Contratações integra a estrutura administrativa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo e é responsável pela condução dos processos de aquisição de bens, materiais, insumos e serviços necessários ao funcionamento da UPA Norte e da UPA Sul, observando o Regulamento de Compras e Contratações da instituição.

Requisição e autorização

Almoxarifado, Farmácia ou setor demandante emitirá requisição no sistema ou memorando, com UPA, centro de custo, objeto, especificações, quantidade, prazo e justificativa. A gestão administrativa conferirá necessidade, estoque ou contrato vigente e previsão orçamentária, encaminhando o processo à aprovação conforme as alçadas institucionais. Compras encaminhará a mesma especificação e as mesmas condições aos fornecedores consultados.

Pesquisa de mercado e seleção

Compras buscará pelo menos três cotações comparáveis de fornecedores distintos, por sistema ou por meio que permita comprovar a proposta. A cotação obtida por telefone será confirmada por escrito. Se a pesquisa resultar em número inferior, inclusive em urgência ou exclusividade, Compras registrará as tentativas, justificará a situação, demonstrará a compatibilidade do preço por referências disponíveis e submeterá a exceção à autorização competente, conforme o regulamento próprio.

Serão avaliados a regularidade cadastral e fiscal, as licenças e a capacidade técnica exigíveis para o objeto, além da conformidade com especificações, prazo, garantia, assistência técnica e reposição, quando aplicáveis. Entre propostas habilitadas e tecnicamente conformes, será adotado o menor custo total comparável, incluídos preço, frete, seguro e encargos previstos na proposta. Em igualdade de custo, prevalecerá o menor prazo de entrega ou mobilização e, persistindo o empate, será aplicado o desempate previsto no regulamento, com registro da decisão. A desclassificação e a escolha serão fundamentadas no processo.

Registro das cotações e formalização

O mapa comparativo identificará o número da requisição, a UPA, o objeto, o CNPJ do fornecedor, a fonte e a data da cotação, quantidades, preços unitário e total, condições de pagamento, validade, prazo de entrega, resultado da análise e justificativa da escolha. Serão anexadas as propostas originais, comunicações, certidões pertinentes e aprovações. A aquisição será formalizada por ordem de compra, pedido, contrato ou instrumento equivalente, com identificação da parceria e condições de entrega ou medição.

Recebimento, medição e encaminhamento

Almoxarifado, Farmácia ou setor solicitante conferirá quantidade, qualidade, validade e correspondência com o pedido, registrando divergências e providências. Nos serviços, o responsável designado verificará a execução e a medição. O atesto técnico dos serviços médicos caberá à Direção Técnica ou responsável designado. A gestão administrativa atestará os demais serviços e bens conforme suas atribuições. A documentação será encaminhada ao Financeiro com o atesto e os elementos de suporte.

A Irmandade encaminhará à Secretaria Municipal da Saúde o regulamento próprio de compras e contratações com recursos públicos em até 45 dias da assinatura do Termo de Colaboração.

Contas a pagar e a receber e conciliação bancária

Contas a receber

O Financeiro registrará e controlará, no sistema de gestão e em planilhas de apoio, os repasses previstos no Termo de Colaboração, os rendimentos de aplicações e os demais ingressos vinculados à parceria. Confrontará o cronograma e os demonstrativos de repasse com os créditos do extrato, registrando competência, valor previsto, valor recebido, data, ajustes de parcela variável e deduções aplicáveis. A baixa ocorrerá após a identificação do crédito. Atrasos ou diferenças serão registrados, comunicados à gestão e acompanhados até regularização.

Contas a pagar

Os processos destinados a pagamento serão recebidos e submetidos à conferência documental, observando a correspondência entre a nota fiscal ou fatura, o objeto adquirido ou contratado, a documentação de suporte e o respectivo atesto. O Financeiro verificará fornecedor, vigência e fato gerador, valor, vencimento, retenções, classificação da despesa e disponibilidade. Abrangerá fornecedores, prestadores, folha, benefícios, encargos e tributos vinculados à parceria.

Quando identificadas inconsistências ou ausência de documentação, o processo será devolvido ao setor responsável para correção, permanecendo sob acompanhamento até sua regularização. Após aprovação por responsável com alçada, a Tesouraria programará e executará o pagamento, mediante transferência eletrônica com identificação do beneficiário final. Pagamento em espécie dependerá de hipótese excepcional autorizada e justificada. Uma vez liquidado o título, o comprovante será anexado ao processo e a baixa será registrada no sistema.

Movimentação da conta específica

Os repasses serão movimentados na conta exclusiva da parceria, isenta de tarifas, em instituição financeira pública indicada pela SEMUS. A Tesouraria controlará acessos e autorizações, manterá fluxo de caixa atualizado e segregará as movimentações de cada UPA nos registros auxiliares. Recursos temporariamente disponíveis serão aplicados em poupança quando a previsão de uso for de pelo menos um mês. Para prazo inferior, serão utilizados fundo de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública. Os rendimentos integrarão os recursos do objeto.

A Irmandade manterá, em conta específica, o fundo de provisão trabalhista para décimo terceiro, férias, verbas rescisórias e contingências de reclamatórias trabalhistas, com envio trimestral do extrato à SEMUS.

Conciliação e fechamento

O Financeiro confrontará extratos da conta específica, aplicações e fundo de provisão com o sistema financeiro, o razão contábil e os comprovantes. Vinculará cada crédito e débito por data, valor e identificador, evidenciando o saldo inicial, ingressos, pagamentos, aplicações, resgates, rendimentos e saldo final. A conferência ocorrerá durante o mês, com conciliação formal mensal revisada pela Contabilidade ou Controladoria. Diferenças terão causa, responsável, prazo e providência registrados. Tarifa indevida será contestada e acompanhada até estorno. Extratos, conciliações e ajustes documentados integrarão o arquivo da competência.

A gestão financeira será orientada por planejamento prévio, com acompanhamento contínuo da execução orçamentária, controle de fluxo de caixa e revisão sistemática das projeções financeiras. A Contabilidade apurará

os custos mensalmente por competência, preservando o registro separado dos pagamentos e a conciliação com a movimentação de caixa.

Estrutura dos centros de custo

Serão mantidos centros principais para a UPA Norte e a UPA Sul, com subcentros para áreas assistenciais, diagnóstico, Farmácia e Almoxarifado, apoio e administração, conforme o cadastro operacional. Gastos compartilhados ficarão em centro transitório até a apropriação. Cada lançamento indicará Termo de Colaboração, competência, unidade, centro de custo, documento de origem, natureza da despesa e rubrica do Anexo VI, preservando o vínculo com o fato gerador e o pagamento.

Classificação conforme o item 9.2 do Termo de Referência

Grupo	Classificação e documentação de origem
A · Recursos humanos	Remuneração, benefícios, encargos, provisões de férias, décimo terceiro e rescisões, demais despesas de pessoal e profissionais contratados como pessoa jurídica. Base em folha, escalas, contratos, medições e guias.
B · Material de consumo	Medicamentos, insumos médico-hospitalares e de radiologia, gases, EPIs, enxoval e uniformes, materiais de manutenção, limpeza, descartáveis e expediente, combustíveis e lubrificantes. Base em notas fiscais, entradas, requisições e saídas de estoque.
C · Serviços de terceiros	Manutenção de equipamentos e predial, engenharia clínica, locações, serviços médicos especializados e apoio diagnóstico e terapêutico, TI e prontuário eletrônico, vigilância, energia e telecomunicações, resíduos, rouparia e lavanderia, alimentação, processamento de materiais, transporte sanitário e guarda e digitalização de prontuários. Base em contratos, medições, contas de consumo, atestos e notas fiscais.
D · Outras despesas	Custos indiretos compartilhados com a matriz ou núcleo gerencial e demais despesas necessárias à execução do objeto, especificadas e justificadas. Base em comprovantes da despesa e memória de rateio, quando aplicável.

Apropriação e conferência

Os custos identificáveis serão apropriados diretamente à unidade e ao setor beneficiário. Pessoal exclusivo será atribuído pela lotação e escala. Materiais de estoque serão atribuídos ao centro consumidor pela requisição e baixa. A Contabilidade conciliará compras, saldos e consumo, demonstrando a diferença entre despesa financeira e consumo do periodo para evitar duplicidade. Serviços exclusivos serão apropriados pela medição e pelo atesto.

A Controladoria confrontará o razão com os controles de folha, estoque, contratos e patrimônio, conferirá o previsto e o realizado por unidade e grupo e verificará o limite de 70% das despesas de pessoal sobre o custeio de cada UPA, incluindo os profissionais destinados aos postos do dimensionamento, ainda que classificados em outro grupo, conforme o item 9.7.

Administração Financeira e Prestação de Contas

A Administração Financeira integra a estrutura administrativa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo e é responsável pela gestão dos recursos financeiros e orçamentários relacionados à execução dos serviços das Unidades de Pronto Atendimento UPA.

O setor executará atividades de planejamento, análise, acompanhamento e controle financeiro, mantendo interface com a gestão das unidades e com os setores responsáveis pela geração, conferência e encaminhamento dos documentos necessários à execução das rotinas financeiras.

Compete à Administração Financeira o acompanhamento de contas a receber e a pagar, movimentação e controle bancário, planejamento financeiro e orçamentário, tesouraria, apoio ao fechamento contábil, organização documental, prestação de contas, obrigações acessórias e atendimento às auditorias e fiscalizações.

Competências

A Administração Financeira será responsável pelo acompanhamento e controle dos valores decorrentes da execução contratual, pela programação e execução dos pagamentos, pelo controle das movimentações bancárias e pela produção das informações financeiras necessárias ao acompanhamento da operação das duas UPAs.

Compete ainda ao setor receber e conferir os processos destinados a pagamento, verificar a regularidade da documentação fiscal, acompanhar vencimentos, controlar os pagamentos de fornecedores e prestadores de serviços, folha de pagamento, benefícios, encargos, tributos, taxas e demais obrigações relacionadas à execução dos serviços.

Também caberá à Administração Financeira realizar conciliações financeiras, acompanhar o fluxo de caixa, elaborar relatórios gerenciais, manter os registros e comprovantes das operações realizadas e disponibilizar documentação e informações para a gestão institucional, prestação de contas, auditorias e fiscalização.

Atividades

Os processos destinados a pagamento serão recebidos e submetidos à conferência documental, observando a correspondência entre a Nota Fiscal ou fatura, o objeto adquirido ou contratado, a documentação de suporte e o respectivo atesto.

Serão verificados os dados do fornecedor ou prestador, a descrição do objeto, os valores apresentados, a vigência contratual, a aprovação pelo responsável competente e a classificação da despesa. Quando identificadas inconsistências ou ausência de documentação, o processo será devolvido ao setor responsável para correção, permanecendo sob acompanhamento até sua regularização.

Após a aprovação do processo, será realizada a programação e execução do pagamento. Uma vez liquidado o título, o respectivo comprovante

será anexado ao processo, com realização da baixa no sistema ou instrumento de controle adotado.

A movimentação e o controle bancário compreenderão o acompanhamento das entradas e saídas financeiras, pagamentos, tarifas, estornos, saldos e demais movimentações relacionadas à execução dos serviços. Serão realizadas conciliações por meio dos sistemas de gestão e instrumentos de apoio adotados pela instituição.

O setor realizará ainda a elaboração e o acompanhamento do fluxo de caixa, permitindo o controle das receitas e despesas e subsidiando a programação dos compromissos financeiros e a tomada de decisão pela gestão.

No âmbito das UPAs, a Administração Financeira também será responsável pelo acompanhamento das contas de consumo e demais obrigações financeiras necessárias ao funcionamento das unidades, incluindo energia elétrica, telefonia, internet, taxas, tributos, alvarás e encargos legais decorrentes da operação.

As contas de água e energia elétrica encaminhadas pela Administração Municipal serão controladas quanto ao recebimento, vencimento e pagamento. Quando não recebidas, será realizada solicitação à Secretaria Municipal de Administração, com posterior encaminhamento dos comprovantes de quitação, conforme estabelecido no Termo de Referência.

A Administração Financeira manterá interface com a área de Recursos Humanos para o processamento e controle das obrigações relacionadas à folha de pagamento, benefícios, encargos trabalhistas, previdenciários e demais compromissos decorrentes dos vínculos mantidos para execução dos serviços. O edital estabelece a responsabilidade da contratada pelo pagamento de salários, férias, décimo terceiro salário, vale transporte, vale alimentação, encargos previdenciários, rescisórios e demais obrigações inerentes à relação de trabalho.

Também serão elaborados relatórios e demonstrativos gerenciais destinados ao acompanhamento financeiro das unidades e ao fornecimento de informações à Diretoria, à gestão institucional e às áreas responsáveis pela prestação de contas, auditoria e fiscalização.

Equipe

As atividades da Administração Financeira serão conduzidas pela estrutura institucional do Departamento Financeiro da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, mantendo integração com a gestão administrativa das duas UPAs.

Em cada Unidade de Pronto Atendimento, o apoio local às rotinas financeiras será realizado pelo Assistente Administrativo, responsável pelo suporte às atividades administrativas, protocolo, arquivamento, controle de documentos, registros em sistemas e planilhas, tramitação de processos, correspondências e organização do fluxo de informações entre os setores.

Horário de funcionamento

O apoio administrativo local às rotinas da Administração Financeira será realizado de segunda a sexta-feira, em jornada de 8 horas diárias, totalizando 200 horas mensais por UPA, conforme dimensionamento estabelecido no quadro de lotação de pessoal do edital.

Prestação de Contas

A prestação de contas integra as atividades da Administração Financeira da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo e será realizada de forma sistemática, periódica e documentada, com o objetivo de demonstrar a regularidade da execução financeira e das obrigações relacionadas à operação da UPA.

O processo compreenderá a organização, conferência, consolidação e disponibilização dos documentos e informações produzidos pelos diferentes setores envolvidos na execução contratual, assegurando correspondência entre as atividades realizadas, as despesas incorridas, os pagamentos efetuados e os respectivos documentos comprobatórios.

A prestação de contas é composta por demonstrativos financeiros, relatórios de execução, documentação comprobatória das despesas e demais registros necessários à transparência e ao acompanhamento da gestão.

Competências

Compete à Administração Financeira, no âmbito da prestação de contas, organizar e consolidar a documentação correspondente a cada competência; conferir a integridade e a regularidade dos documentos recebidos; manter os comprovantes financeiros e fiscais vinculados aos respectivos processos; acompanhar a entrega da documentação pelos setores responsáveis; identificar pendências e solicitar sua regularização; elaborar demonstrativos e controles financeiros; manter os registros organizados por periodo e por unidade; atender às solicitações de documentos e informações da gestão, fiscalização e auditoria; e assegurar a rastreabilidade dos documentos apresentados.

A prestação de contas manterá interface direta com Recursos Humanos, Administração, Compras, Suprimentos, Contratos, Manutenção e demais serviços responsáveis pela geração das informações necessárias à comprovação da execução contratual.

Organização e Conferência da Documentação

A documentação será organizada por competência mensal e individualizada por UPA, possibilitando a identificação da origem, finalidade e periodo correspondente a cada registro.

Os documentos encaminhados pelos setores serão submetidos à conferência quanto à completude, identificação, competência, assinatura ou atesto quando exigido, correspondência com a operação realizada e presença dos respectivos comprovantes.

Quando identificada ausência documental, divergência ou inconsistência, a documentação será devolvida ao setor responsável para complementação ou correção, permanecendo a pendência sob acompanhamento até sua regularização.

Após a conferência, os documentos serão organizados e incorporados ao arquivo da competência, mantendo condições adequadas de consulta, auditoria e fiscalização.

Documentação Mensal da Execução Contratual

Para fins de comprovação da execução dos serviços, será organizada mensalmente a documentação exigida no Termo de Referência, contemplando os registros trabalhistas, previdenciários, fiscais, financeiros, administrativos e operacionais aplicáveis.

A documentação correspondente aos serviços executados por empresas subcontratadas também será incorporada ao processo mensal, conforme exigências estabelecidas no edital e no Termo de Referência.

Controle das Despesas e Comprovantes

As despesas realizadas no âmbito da operação das UPAs serão mantidas acompanhadas da documentação que demonstre sua origem e regularidade, incluindo, conforme aplicável, Nota Fiscal ou fatura, instrumento contratual ou ordem de compra, atesto do responsável, comprovante de pagamento e demais documentos pertinentes.

Após a realização do pagamento, o respectivo comprovante será vinculado ao processo correspondente, permitindo a verificação da sequência entre contratação ou aquisição, execução, recebimento, atesto e pagamento.

Os controles financeiros serão conciliados com os registros bancários e contábeis, assegurando consistência entre os documentos apresentados e as movimentações efetivamente realizadas.

Relatórios e Demonstrativos

A Administração Financeira elaborará relatórios e demonstrativos destinados ao acompanhamento da execução financeira das unidades, permitindo à gestão institucional verificar a movimentação dos recursos, os

pagamentos realizados, as obrigações pendentes e a situação documental das competências.

Os relatórios serão utilizados como instrumentos de acompanhamento gerencial, suporte à Contabilidade, atendimento às auditorias e disponibilização de informações requeridas pela fiscalização contratual.

A prestação de contas interna será encaminhada às instâncias institucionais competentes, subsidiando o acompanhamento dos resultados financeiros das unidades e a tomada de decisão pela gestão. Essa sistemática integra as rotinas institucionais de Administração Financeira da Irmandade.

Atendimento à Fiscalização e Auditoria

A documentação relativa à execução financeira e contratual permanecerá organizada e disponível para consulta e apresentação sempre que solicitada pela Administração Pública, fiscalização contratual, auditoria interna, auditoria externa ou demais órgãos competentes.

Eventuais apontamentos ou solicitações de complementação serão registrados e encaminhados às áreas responsáveis, com acompanhamento das providências até sua regularização.

Critérios objetivos de distribuição

Custos comuns serão distribuídos somente entre os centros efetivamente beneficiados, mediante base mensurável e comprovada. A escolha do direcionador será registrada por tipo de gasto e revista quando houver alteração na operação. A natureza da despesa será preservada nos custos operacionais compartilhados. Os custos indiretos da matriz ou do núcleo gerencial serão classificados no Grupo D.

Despesa compartilhada	Direcionador e evidência
Profissional que atua nas duas UPAs	Horas efetivamente trabalhadas em cada unidade, conforme escala, ponto ou relatório validado.
Materiais e insumos	Quantidades efetivamente consumidas por centro, conforme requisições e baixas de estoque valorizadas.
Serviços operacionais comuns	Unidades medidas e atestadas, como quilogramas de roupa, refeições, exames ou quilômetros, conforme o objeto. Para utilidades, consumo medido ou base técnica documentada.
Apoio institucional da matriz ou núcleo gerencial	Horas de suporte comprovadas por centro beneficiado, com registro das atividades e consideração das demais operações que também receberam o suporte.

A apuração dos custos será realizada mensalmente, por meio de centros de custo individualizados para a UPA Norte e a UPA Sul. As despesas serão classificadas conforme os Grupos A a D previstos no item 9.2 do Termo de Referência:

- Grupo A – Recursos humanos: remuneração, benefícios, encargos e provisões de pessoal;
- Grupo B – Material de consumo: medicamentos, materiais médico-hospitalares e demais insumos;
- Grupo C – Serviços de terceiros: serviços contratados necessários à operação;
- Grupo D – Outras despesas: custos indiretos compartilhados e demais despesas previstas na composição.

As despesas vinculadas exclusivamente a uma unidade serão registradas diretamente no respectivo centro de custo. As despesas comuns serão distribuídas entre as unidades mediante critério objetivo, considerando a natureza da despesa, a participação de cada unidade e a memória de cálculo correspondente.

Para os itens compartilhados identificados na proposta financeira, será adotado o rateio de 50% para cada UPA, conforme a composição apresentada. Os valores já individualizados para cada unidade não serão novamente rateados.

Os custos indiretos da estrutura de apoio da entidade serão demonstrados de forma analítica, com identificação da despesa, do valor e da parcela atribuída a cada UPA. A apropriação observará o limite de 3% sobre o valor consolidado da parceria, mediante comprovação das despesas e sem aplicação de taxa automática de administração.

O controle das despesas de pessoal será realizado por unidade, observando sua natureza e os limites previstos no Termo de Referência. Os registros serão conciliados mensalmente com os documentos de origem, as memórias de cálculo e os demonstrativos financeiros, permitindo o acompanhamento por unidade, grupo de despesa e conta.

Fórmula e memória de cálculo

Valor rateado ao centro = custo elegível compartilhado × (medida do centro ÷ soma das medidas de todos os centros beneficiados). Quando o gasto abranger outras operações da Irmandade, o denominador incluirá essas operações e somente a fração comprovadamente atribuível à parceria será apropriada às UPAs. A falta de base comprovada será tratada como pendência até validação documental.

Exemplo de aplicação. Um custo mensal elegível de R$ 12.000 de apoio central, com 120 horas comprovadas para a UPA Norte, 80 horas para a UPA Sul e 40 horas para outras operações, será distribuído em R$ 6.000, R$ 4.000 e R$ 2.000, respectivamente. Apenas R$ 10.000 integrarão o Grupo D da parceria, condicionados à conferência da elegibilidade e do limite mensal.

A memória identificará competência, despesa, documento de origem, valor total e elegível, centros beneficiados, fonte da medição, numerador, denominador, percentual, valor apropriado por centro e responsáveis pela elaboração e validação. O total distribuído será conferido com o custo de origem, inclusive ajustes de arredondamento e parcela externa à parceria.

Validação dos custos indiretos

A Controladoria verificará mensalmente se o somatório de custos indiretos da matriz ou núcleo gerencial apropriados às duas UPAs está dentro de 3% do valor total mensal da parceria. Somente serão apropriados custos reais, necessários, comprovados e previstos na execução. É vedada taxa de administração, gerência ou similar. Eventual excedente ficará fora da apropriação à parceria. O demonstrativo mensal trará o detalhamento e a memória de rateio. O trimestral consolidará os valores e demonstrará o cumprimento do limite.

d) rotinas de guarda e de organização da documentação contábil e fiscal, com identificação dos documentos pela parceria

A Irmandade implantará diretrizes institucionais de gestão documental destinadas à padronização dos processos de produção, recebimento, conferência, registro, tramitação, armazenamento, consulta e arquivamento. A documentação será organizada por competência mensal e individualizada por UPA, possibilitando a identificação da origem, finalidade e período correspondente a cada registro.

Protocolo e identificação pela parceria

O apoio administrativo registrará eletronicamente os documentos recebidos e expedidos, com número sequencial, data, origem, destino e assunto. O dossiê será indexado por número do Termo de Colaboração, unidade,

competência, grupo de despesa, centro de custo e número do processo. Documentos comuns às duas unidades serão vinculados a ambos os registros e à memória de rateio, preservando a identificação do original.

Notas fiscais e comprovantes de pagamento serão identificados com o número do Termo de Colaboração no corpo do documento, conforme o Anexo VIII. Para documentos eletrônicos, será solicitada a identificação no campo próprio na emissão, preservando o arquivo eletrônico original e vinculando-o ao comprovante de quitação. O Financeiro conferirá os dados do emitente e da Irmandade, a correspondência com a vigência e o fato gerador, o atesto e a identificação da parceria antes do fechamento.

Composição e guarda do dossiê

O dossiê reunirá, conforme a operação, requisição, mapa de cotações e propostas, aprovações, ordem de compra ou contrato, comprovantes de entrega ou medição, atesto, documento fiscal, comprovante bancário, registro contábil e memória de rateio. Folhas, encargos, extratos, conciliações, balancetes, inventários e relatórios integrarão arquivos próprios da competência, com referência cruzada ao processo.

Os originais físicos e eletrônicos permanecerão em boa ordem e sob guarda da Irmandade. O arquivo digital conterá documentos pesquisáveis quando aplicável e preservará os originais eletrônicos, inclusive XML quando emitido. Serão adotados acesso por perfil, cópias de segurança, controle de versões e registro de disponibilização. Documentos com dados pessoais serão tratados em canais autorizados, com acesso compatível com a finalidade.

Retenção, acesso e saneamento

Os documentos originais que compõem a prestação de contas serão mantidos por dez anos, contados do dia útil subsequente ao da prestação de contas, conforme o art. 68, parágrafo único, da Lei Federal nº 13.019/2014. A documentação ficará disponível à SEMUS, às instâncias de monitoramento, às

auditorias e aos órgãos de controle. Pendências documentais serão registradas e encaminhadas ao setor responsável para correção, com acompanhamento até a regularização e preservação do histórico.

e) Rotinas internas de elaboração das prestações de contas exigidas no Anexo VIII, com os respectivos prazos de fechamento

A prestação de contas integra as atividades da Administração Financeira da Irmandade e será realizada de forma sistemática, periódica e documentada. O processo compreenderá a organização, conferência, consolidação e disponibilização dos documentos e informações produzidos pelos diferentes setores, assegurando correspondência entre as atividades realizadas, as despesas incorridas, os pagamentos efetuados e os respectivos documentos comprobatórios.

Calendário de fechamento e protocolo

Entrega	Fechamento interno	Protocolo externo
Relatório mensal	Até dia 5, recebimento de dados. Até dia 10, conciliação e fechamento. Até dia 15, validação e aprovação.	Até dia 20 do mês seguinte à competência.
Relatório trimestral consolidado	Até dia 8, consolidação dos três meses. Até dia 13, validação contábil e assistencial. Até dia 17, aprovação.	Até dia 20 do mês seguinte ao encerramento do trimestre.
Prestação de contas parcial por exercício	Até o 45º dia, consolidação. Até o 60º, revisão. Até o 75º, aprovação e assinatura.	Até 90 dias do encerramento de cada exercício.

Entrega	Fechamento interno	Protocolo externo
Prestação de contas final	Até o 45º dia, consolidação. Até o 60º, revisão. Até o 75º, aprovação e assinatura.	Até 90 dias do fim da vigência. Prorrogação de até 15 dias, mediante solicitação prévia e justificada, nos termos do Anexo VIII.
Solicitação extraordinária da SEMUS	Triagem no recebimento e fechamento interno até 3 dias úteis antes do vencimento fixado.	Prazo da solicitação, de no mínimo 15 dias.

Os marcos mensais e trimestrais referem-se ao mês seguinte ao período de apuração. Para os fechamentos parcial e final, os dias contam do respectivo encerramento. Marcos internos que recaiam em dia sem expediente serão antecipados para o dia útil anterior. O Financeiro controlará o calendário e os protocolos. A Controladoria acompanhará pendências e as encaminhará à Diretoria quando afetarem a entrega.

Instrução do relatório mensal

A gestão local, a Qualidade e o Faturamento consolidarão por UPA a execução do objeto, comparando metas e resultados e discriminando os componentes do IN 1 e do IN 2 conforme o Anexo III. A produção e a origem dos usuários serão demonstradas com atendimentos médicos, classificação de risco, reavaliações, apoio diagnóstico, observações e transferências reguladas. A área responsável pela satisfação encaminhará pesquisa com metodologia e amostragem.

O Financeiro anexará as despesas realizadas por UPA e Grupos A a D, a folha sintética encaminhada pelo RH, o fluxo de caixa da conta específica e o demonstrativo mensal dos custos indiretos com a memória de rateio. O Faturamento conferirá a consistência dos dados assistenciais com os registros de origem e os sistemas do SUS aplicáveis.

e) Consolidação, validação e protocolo

Instrução do relatório trimestral

A equipe reunirá os três relatórios mensais e os demonstrativos do trimestre por UPA. O relatório de execução do objeto incluirá as tabelas do Anexo III, com metas, resultados, percentuais de consecução, notas, memória de rateio e pontuação do IN 1 e do IN 2. Serão anexadas a produção consolidada e a origem dos usuários, a pesquisa de satisfação com a amostragem mínima do Quadro 8, as ações de educação permanente, treinamentos e eventos e o relatório da Ouvidoria e do atendimento ao usuário, com número, teor e providências das manifestações.

O Financeiro e a Contabilidade apresentarão execução financeira por grupo e unidade, com nexo entre receita e despesa, fluxo de caixa e rendimentos, extratos com notas de esclarecimento, extrato do fundo de provisão trabalhista, notas fiscais e comprovantes com identificação do Termo, custos indiretos e memória de rateio com verificação do limite de 3%, débitos e créditos vencidos e passivos, e balancete analítico trimestral.

O RH anexará folhas sintética e analítica de empregados e dirigentes custeados, com função, admissão e composição dos valores pagos, e relação dos servidores públicos cedidos ou disponibilizados, se houver, com nome, matrícula, cargo e função. O Financeiro demonstrará a dedução dos postos supridos por servidores, quando aplicável, identificando servidores, categorias, cargas horárias e valores. Serão juntadas certidões federal, estadual, municipal, do FGTS e da Justiça do Trabalho, além da relação de demandas judiciais ligadas à execução do objeto, decisões desfavoráveis e valores das condenações.

Contratos informará contratado, objeto, medição e valor mensal. Patrimônio anexará a relação de aquisições e movimentações de bens permanentes e as alterações no inventário dos bens cedidos.

Instrução das prestações de contas parcial e final

Serão reunidos os relatórios trimestrais do período e os relatórios de execução do objeto e de execução financeira assinados pelo representante legal. O primeiro descreverá ações, metas e evidências, inclusive contrapartida quando aplicável. O segundo relacionará receitas, despesas, rendimentos, extrato da conta específica, memórias de rateio e bens adquiridos, produzidos ou transformados. O dossiê incluirá informações de impacto econômico ou social, satisfação do público-alvo e sustentabilidade das ações, observados os modelos dos Anexos VII, X, XI e XII do Decreto Municipal nº 2.121/2021, no que couber.

Na prestação final serão anexados o inventário atualizado de bens remanescentes e cedidos e o comprovante de devolução de eventual saldo. O Financeiro apurará o saldo e providenciará sua devolução em até 30 dias do término ou da rescisão, conforme o Termo de Colaboração.

Validação, envio e diligências

A Controladoria conferirá a completude, as assinaturas e a conciliação entre documentos fiscais, extratos, balancetes e demonstrativos. A Irmandade protocolará PDF pesquisável na Superintendência de Atenção Especializada da SEMUS, na ordem do Anexo VIII e com identificação por UPA. Em arquivo único, valores e quantitativos serão discriminados por unidade. O Financeiro guardará o protocolo e acompanhará diligências, designando responsáveis e controlando a resposta no prazo da notificação.

O Manual Institucional de regulamento de compras, contratações de obras e serviços e os demais manuais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo encontram-se apresentados ao longo desta Proposta Técnica, nos respectivos tópicos e anexos, integrando o conjunto de normas e procedimentos que orientará a execução dos serviços nas UPAs Norte e Sul de Palmas. Esses documentos complementam as rotinas aqui

descritas, detalhando os fluxos operacionais, as responsabilidades e os mecanismos de controle aplicáveis à gestão das unidades.

2.4 INCREMENTO DE ATIVIDADES

V.1.12 — PROPOSTA DE PROJETOS ASSISTENCIAIS QUE AMPLIEM A RESOLUTIVIDADE

Uma UPA é resolutiva quando o usuário sai dela com o problema encaminhado: tratado, estabilizado ou entregue ao ponto certo da rede. Ele não precisa voltar dois dias depois com a mesma queixa. É nesse sentido, bem concreto, que a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta nesta seção os projetos assistenciais que pretende executar nas UPAs 24h Norte e Sul, além do que o Termo de Referência já exige.

O ponto de partida é o diagnóstico feito pela própria Secretaria Municipal da Saúde na fase preparatória. A produção médica conjunta das duas unidades passou de 274.512 registros em 2022 para 444.646 em 2025, um aumento de cerca de 62%. A média diária subiu de 752 para 1.218 registros. Só no primeiro semestre de 2026 foram 255.405 registros, 25,1% a mais que no mesmo período do ano anterior. Medida em atendimentos, a UPA Sul trabalha 36,6% acima do mínimo de habilitação do Porte III. Na UPA Norte a folga é bem menor: no mês de menor produção, a unidade ficou só 2,5% acima do mínimo.

Com esse volume, numa unidade que fica entre a Atenção Primária e as portas hospitalares, todo caso que poderia ser resolvido na UPA e não é acaba em outro lugar. Ou volta para a fila, ou sobe para o hospital, ou retorna à própria unidade. O Termo de Referência reconhece isso em dois pontos. Escolhe a taxa de retorno não programado em até 48 horas como medida de resolutividade (Ficha IN 2.4, meta igual ou inferior a 20%). E afirma que a capacidade de resposta das UPAs interfere no funcionamento de toda a rede (item 3.2).

Por isso, os projetos foram escolhidos com base em três critérios:

- **Causa real:** cada projeto ataca uma causa de retorno, de permanência prolongada ou de encaminhamento evitável que aparece no perfil de demanda das unidades.
- **Ganho mensurável:** o resultado é medido por indicador próprio, apurado no prontuário eletrônico e diferente das metas já pactuadas, para que a Secretaria possa conferir o ganho.
- **Viabilidade:** o projeto cabe na estrutura, na equipe e no orçamento da parceria, sem tirar recurso das atividades obrigatórias.

Para cada projeto, as subseções seguintes apresentam:

- objetivo, população-alvo, atividades e resultado esperado;
- o indicador que mede o ganho de resolutividade, com fórmula, fonte e meta;
- o cronograma de implantação;
- os recursos humanos e materiais envolvidos.

Quando a realidade das unidades for diferente, a proposta separa o que vale para a UPA Norte e o que vale para a UPA Sul, como determina o item 1.5 do Anexo V.

Ao final da seção, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo declara que a execução dos projetos não acrescenta valor à parceria, não reduz as metas pactuadas e não remaneja recursos vinculados às atividades obrigatórias.

a. Descrição de ao menos um projeto assistencial adicional, com objetivo, população-alvo, atividades e resultado esperado

A Santa Casa propõe desenvolver, nas UPAs Norte e Sul, o projeto Alta com Movimento Seguro, com intervenção educativa individualizada da fisioterapeuta durante a preparação para a alta.

O objetivo será ampliar a segurança e a autonomia do usuário para executar atividades cotidianas após o atendimento, considerando suas condições funcionais e as restrições estabelecidas pela equipe assistencial.

O público-alvo será composto por usuários clinicamente estáveis, em preparação para alta médica, que apresentem dificuldade de mobilidade, histórico de quedas ou necessidade de orientação ao cuidador, mediante indicação da equipe e avaliação da fisioterapeuta.

A intervenção compreenderá:

- Identificação das dificuldades funcionais relacionadas à continuidade dos cuidados no domicílio.
- Orientação individualizada sobre movimentação, mudanças de posição e deslocamento seguro, conforme a condição do usuário.
- Demonstração prática das medidas pertinentes ao caso.
- Participação do acompanhante ou cuidador, quando disponível.
- Verificação da compreensão por explicação ou demonstração do próprio usuário ou cuidador.
- Registro das orientações e das dificuldades identificadas.

A atividade ocorrerá dentro da unidade, durante o período de atuação da fisioterapeuta, sem visita domiciliar, acompanhamento externo ou necessidade de retorno exclusivo para o projeto.

O caráter adicional estará na realização de uma sessão estruturada, com demonstração prática e verificação da compreensão, complementando as orientações habituais. A intervenção não substituirá a assistência obrigatória, não contrariará restrições médicas nem retardará a alta.

Espera-se melhorar a compreensão e a execução dos cuidados, favorecer maior segurança no domicílio e reduzir dificuldades evitáveis após a saída da unidade.

b.Demonstração do ganho de resolutividade pretendido, com indicador próprio de aferição

Será utilizado o indicador Percentual de participantes que demonstram compreensão das orientações funcionais ao término da intervenção.

Fórmula:

Número de participantes que explicam ou demonstram corretamente as orientações essenciais definidas para seu caso ÷ número total de participantes avaliados ao término da intervenção × 100.

A fisioterapeuta registrará a compreensão antes e após a orientação, permitindo verificar o ganho imediato obtido. Quando houver dificuldade, realizará novo esclarecimento e registrará as limitações persistentes.

A apuração será mensal, por unidade, mediante formulário próprio. O indicador demonstrará o ganho educativo e funcional imediato, sem presumir, isoladamente, redução de quedas ou de retornos à urgência.

c. **Cronograma de implantação e indicação dos recursos humanos e materiais envolvidos**

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO
ALTA COM MOVIMENTO SEGURO

ETAPA	PERÍODO PROPOSTO	ATIVIDADES
Organização	Primeiro mês	Definição dos critérios, roteiro de orientação e formulário de avaliação.
Implantação piloto	Segundo mês	Início das intervenções com usuários selecionados nas duas unidades.
Avaliação e continuidade	A partir do terceiro mês	Apuração mensal dos resultados e ajustes no funcionamento do projeto.

A execução contará com fisioterapeuta, articulação com as equipes médica e de enfermagem e acompanhamento gerencial. Serão utilizados espaço

adequado na própria unidade, cadeira, materiais educativos e formulário de registro.

A programação preservará a cobertura assistencial e os recursos destinados às atividades obrigatórias.

Formulário:

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO
ALTA COM MOVIMENTO SEGURO
Orientação funcional na preparação para a alta

1 IDENTIFICAÇÃO

Data: ___ / ___ / _____ ☐ UPA Norte ☐ UPA Sul

Paciente: _____

Idade: _____ anos **Prontuário / atendimento:** _____

Participante da orientação: ☐ Usuário ☐ Cuidador ☐ Ambos

Profissional: _____ Registro: _____

2 ORIENTAÇÕES REALIZADAS

Assinale os conteúdos trabalhados conforme a avaliação individual.

☐ Movimentação e mudança de posição ☐ Deslocamento seguro

☐ Prevenção de quedas no domicílio ☐ Orientação ao cuidador

☐ Outras orientações: _____

Orientações essenciais definidas para este caso:

_____

_____

_____

3 COMPREENSÃO DAS ORIENTAÇÕES

Avaliar por explicação ou demonstração, conforme a condição do usuário.

Resultado da avaliação	Antes	Depois
Compreende as orientações essenciais	☐	☐
Compreende parcialmente	☐	☐
Não compreende	☐	☐
Não foi possível avaliar	☐	☐

Marcar uma opção por coluna. "Depois" corresponde à avaliação final, após novos esclarecimentos, quando necessários.

4 REGISTRO FINAL

☐ Necessitou reforço da orientação ☐ Orientação registrada no prontuário

Observações / dificuldades persistentes:

_____

_____

_____ Horário: ____ : ____

Assinatura e identificação do profissional

Roteiro de Orientação:

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO
ALTA COM MOVIMENTO SEGURO

1 Identificação e apresentação

- Confirmar a identificação do usuário e verificar as orientações e restrições registradas pela equipe assistencial.
- "Sou o(a) fisioterapeuta da unidade. Antes da sua saída, vamos conversar sobre como realizar suas atividades com mais segurança em casa."
- Incluir o acompanhante ou cuidador, quando disponível e com concordância do usuário.

2 Identificação das dificuldades

Perguntar:

- "Você sente dificuldade para levantar, sentar, caminhar ou mudar de posição?"
- "Precisava de ajuda para essas atividades antes deste atendimento?"
- "Sofreu alguma queda recentemente?"
- "Terá alguém para ajudar em casa?"
- "Existe alguma orientação ou restrição recebida hoje que você não compreendeu?"

Considerar as respostas e a avaliação funcional para selecionar as orientações pertinentes.

3 Orientação individualizada

Abordar somente os cuidados aplicáveis ao caso, respeitando as restrições médicas e a condição do usuário:

- Mudanças de posição: explicar e demonstrar a forma segura de sentar, levantar ou mudar de posição.
- Deslocamento: orientar sobre a necessidade de acompanhamento e o uso de dispositivo de auxílio, quando indicado e ajustado pelo profissional.
- Prevenção de quedas: conversar sobre obstáculos, tapetes soltos, iluminação, pisos escorregadios e calçados adequados.
- Participação do cuidador: demonstrar como prestar o auxílio necessário, preservando a segurança de ambos.
- Limites e continuidade do cuidado: reforçar as restrições registradas e os encaminhamentos definidos pela equipe.

Não introduzir exercícios, equipamentos ou técnicas sem avaliação e indicação individual.

4 Demonstração e compreensão

- Quando seguro e pertinente, demonstrar a atividade e solicitar que o usuário ou cuidador explique ou reproduza a orientação.
- "Para eu conferir se expliquei bem, você pode me mostrar ou contar como fará isso em casa?"
- Caso haja dificuldade, explicar novamente, simplificar a orientação e verificar a compreensão outra vez. A demonstração prática não será realizada quando houver contraindicação ou risco.

5 Encerramento

Perguntar:

- "Qual foi a principal orientação para sua segurança? Ficou alguma dúvida?"
- Reforçar que as orientações complementam as recomendações da equipe e não substituem o acompanhamento indicado. Se forem identificados sintomas novos, piora clínica ou dificuldade que comprometa a saída segura, comunicar à equipe responsável antes da saída do usuário.

6 Registro da intervenção

Preencher o formulário de avaliação e registrar no prontuário:

- Dificuldades identificadas e participação do cuidador.
- Orientações essenciais e demonstrações realizadas.
- Compreensão antes e após a intervenção.
- Necessidade de reforço e limitações persistentes.
- Intercorrências e comunicação à equipe, quando houver.
- Data, horário e identificação profissional.

A atividade será realizada durante a preparação para a alta, sem substituir a avaliação médica nem retardar desnecessariamente a saída do usuário.

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

CHECKLIST DE ORIENTAÇÃO
ALTA COM MOVIMENTO SEGURO

Data: ___/___/_____ Horário: ___:___ Unidade: ☐ UPA Norte ☐ UPA Sul

Paciente: _____

Prontuário / atendimento: _____

Profissional: _____ Registro: _____

Marque o item após sua realização. Quando não aplicável, registre "N/A".

1 IDENTIFICAÇÃO E PREPARO

- ☐ Confirmar a identificação do usuário.
- ☐ Conferir as orientações e restrições registradas pela equipe assistencial.
- ☐ Apresentar a proposta e incluir o cuidador, quando disponível e autorizado.

2 IDENTIFICAÇÃO DAS DIFICULDADES

- ☐ Investigar dificuldades para levantar, sentar, caminhar ou mudar de posição.
- ☐ Verificar necessidade prévia de ajuda e ocorrência de quedas recentes.
- ☐ Identificar apoio disponível no domicílio e dúvidas sobre as orientações de alta.

3 ORIENTAÇÃO INDIVIDUALIZADA

- ☐ Orientar movimentação e mudanças de posição conforme avaliação.
- ☐ Orientar deslocamento seguro e uso de auxílio, quando indicado.
- ☐ Abordar prevenção de quedas e segurança no ambiente doméstico.
- ☐ Demonstrar ao cuidador o auxílio necessário, quando pertinente.
- ☐ Reforçar restrições e encaminhamentos definidos pela equipe.

4 VERIFICAÇÃO DA COMPREENSÃO

- ☐ Solicitar que o usuário ou cuidador explique as orientações recebidas.
- ☐ Solicitar demonstração prática somente quando houver condição segura.
- ☐ Reforçar os esclarecimentos e verificar novamente, quando necessário.

5 ENCERRAMENTO E REGISTRO

- ☐ Esclarecer dúvidas finais e reforçar a continuidade do cuidado indicada.
- ☐ Comunicar à equipe qualquer condição que comprometa a saída segura.
- ☐ Preencher o formulário com a compreensão antes e após a intervenção.
- ☐ Registrar orientações, limitações e intercorrências no prontuário.

Resultado final da compreensão | ☐ Adequada ☐ Parcial ☐ Não compreende ☐ Não avaliável

Observações / itens não aplicáveis / dificuldades persistentes:

_____

_____

_____

_____

Assinatura e identificação do profissional

Realizar conforme a avaliação individual e as restrições médicas. Não introduzir exercícios ou técnicas sem indicação. A atividade não substitui a avaliação médica nem deve retardar desnecessariamente a alta.

d. **Declaração de que a execução do projeto não implica acréscimo ao valor da parceria, redução das metas pactuadas ou remanejamento de recursos vinculados às atividades obrigatórias**

A Santa Casa declara que a execução do projeto não implicará acréscimo ao valor da parceria, redução das metas pactuadas ou remanejamento de recursos vinculados às atividades obrigatórias.

A organização das intervenções preservará integralmente a assistência pactuada, cabendo a São Bernardo disponibilizar os meios adicionais eventualmente necessários.

O projeto poderá ser ajustado ou redesenhado conforme observação das reais necessidades das unidades pelo gestor da Santa Casa em comum acordo com a Secretaria Municipal de Saúde.

3 PARTE II — ÁREA DE QUALIDADE (FA.2)

A Área de Qualidade será responsável por coordenar, acompanhar e avaliar os processos relacionados à qualidade e à segurança da assistência prestada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no Município de Palmas/TO, assegurando a adoção de práticas assistenciais e administrativas alinhadas às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), às normas sanitárias vigentes e às exigências estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

A atuação da Área de Qualidade estará voltada à melhoria contínua dos serviços, à prevenção de riscos assistenciais e operacionais, à padronização dos processos de trabalho e ao monitoramento sistemático dos indicadores de desempenho, considerando as particularidades de cada unidade, o perfil epidemiológico da população atendida e a dinâmica dos serviços de urgência e emergência.

Para tanto, serão desenvolvidas ações integradas com as coordenações médica, de enfermagem, administrativa e demais setores, abrangendo a elaboração e revisão de protocolos assistenciais, o acompanhamento de eventos adversos, a identificação e o tratamento de não conformidades, a realização de auditorias internas e o desenvolvimento de atividades de educação permanente.

A Área de Qualidade também atuará em articulação com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e demais comissões e instâncias técnicas pertinentes, observando as disposições da RDC Anvisa nº 36/2013, da Portaria GM/MS nº 529/2013 e das demais normas aplicáveis à segurança do paciente e à qualidade dos serviços de saúde.

O monitoramento será realizado por meio de instrumentos de avaliação, registros documentais, relatórios gerenciais, análise crítica dos resultados e planos de ação corretiva e preventiva, permitindo identificar fragilidades, acompanhar a efetividade das medidas implementadas e subsidiar as decisões da gestão.

Dessa forma, a Área de Qualidade constituirá um componente estratégico da gestão das UPAs Norte e Sul, contribuindo para a segurança dos pacientes e profissionais, a organização dos fluxos assistenciais, a utilização adequada dos recursos disponíveis e o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas/TO.

3.1 QUALIDADE OBJETIVA — COMISSÕES E NÚCLEOS

A Qualidade Objetiva compreende o conjunto de mecanismos de controle, avaliação e monitoramento destinados a assegurar a conformidade dos processos assistenciais e administrativos, a segurança do paciente e a melhoria contínua dos serviços prestados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no Município de Palmas/TO.

Para garantir a efetividade dessas ações, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá uma estrutura de governança da qualidade, com atuação integrada entre a gestão das unidades, as coordenações técnicas, as comissões e os núcleos responsáveis pelo acompanhamento dos processos de trabalho, pela prevenção de riscos e pela avaliação dos resultados assistenciais.

As comissões e os núcleos terão atribuições definidas em instrumentos institucionais próprios, observadas as exigências legais e regulamentares aplicáveis, bem como as disposições do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 e seus anexos. Sua atuação será orientada por critérios técnicos, protocolos padronizados, indicadores mensuráveis e registros documentais que permitam verificar o cumprimento das metas pactuadas.

No âmbito das UPAs Norte e Sul, a organização dessas instâncias contemplará, conforme a obrigatoriedade normativa e as características de cada unidade, ações relacionadas à segurança do paciente, prevenção e controle de infecções, vigilância de eventos adversos, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, revisão de processos assistenciais e qualificação das práticas profissionais.

As atividades serão desenvolvidas de forma articulada, respeitando as competências específicas de cada comissão ou núcleo, de modo a evitar a sobreposição de atribuições e assegurar o encaminhamento adequado das situações identificadas.

O acompanhamento dos trabalhos compreenderá reuniões periódicas, elaboração de atas, emissão de relatórios técnicos, análise de indicadores, registro de não conformidades e definição de planos de ação, com responsáveis e prazos estabelecidos. Os resultados serão apresentados à gestão das unidades para avaliação e adoção das providências necessárias.

A estrutura de Qualidade Objetiva permitirá, assim, demonstrar não apenas a existência formal das comissões e dos núcleos, mas também seu efetivo funcionamento, por meio de evidências documentais, resultados verificáveis e ações de melhoria implementadas no cotidiano das UPAs.

A organização da Qualidade Objetiva observará, especialmente, a RDC Anvisa nº 63/2011, que estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento e mecanismos para atuação de comissões, comitês e programas, e a RDC Anvisa nº 36/2013, que disciplina as ações de segurança do paciente e a constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

RDC nº 63, de 25/11/2011+1

A composição, as atribuições e a periodicidade das atividades de cada comissão ou núcleo serão estabelecidas conforme a natureza dos serviços prestados, a legislação aplicável e as exigências específicas do instrumento convocatório, assegurando a rastreabilidade das ações e a disponibilização das evidências necessárias à fiscalização e à avaliação do desempenho contratual.

V.2.1 — COMISSÕES E NÚCLEOS OBRIGATÓRIOS

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo promoverá a constituição, a implantação e o funcionamento das comissões e dos núcleos técnicos necessários à gestão da qualidade, à segurança do paciente e à prevenção de riscos assistenciais e ocupacionais nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no Município de Palmas/TO.

A organização dessas instâncias observará a legislação sanitária e trabalhista vigente, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), as determinações dos respectivos conselhos profissionais e as exigências estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº 001/2026 e seus anexos.

As comissões e os núcleos serão formalmente instituídos por atos administrativos, com definição de seus integrantes, atribuições, responsabilidades, periodicidade das reuniões e mecanismos de acompanhamento. Sua atuação será integrada às coordenações médica, de enfermagem, administrativa e à gestão da qualidade, respeitadas as competências de cada instância.

A estruturação compreenderá as seguintes instâncias, observada a obrigatoriedade específica de cada uma:

a. **Comissão de Análise e Revisão de Prontuários**

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários constitui uma instância de apoio técnico à gestão assistencial, responsável por avaliar, de forma sistemática, a qualidade, a integridade, a legibilidade e a regularidade dos registros realizados nos prontuários dos pacientes, assegurando a observância das normas éticas, técnicas e legais aplicáveis à documentação clínica.

No âmbito das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, a Comissão atuará na análise dos registros assistenciais, verificando a identificação dos pacientes, a documentação das avaliações e reavaliações clínicas, as prescrições, os procedimentos realizados, a evolução multiprofissional e os registros relativos à alta, transferência ou encaminhamento para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Sua atuação terá caráter técnico, educativo e preventivo, buscando identificar inconsistências, omissões e oportunidades de melhoria nos processos de registro e documentação da assistência, sem interferir na autonomia técnica dos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Os resultados das análises subsidiarão a adoção de medidas corretivas, a padronização dos procedimentos, a capacitação das equipes e o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle da qualidade assistencial, contribuindo para a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a rastreabilidade das condutas adotadas.

A Comissão desenvolverá suas atividades em conformidade com a Resolução CFM nº 1.638/2002, que dispõe sobre o prontuário médico e estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde, observadas as demais normas aplicáveis, inclusive a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD), especialmente quanto ao sigilo, à confidencialidade e à proteção das informações de saúde.

Sua constituição, competências, periodicidade das reuniões, procedimentos de análise e mecanismos de acompanhamento serão disciplinados em Regimento Interno próprio, acompanhado de proposta de composição e cronograma anual de atividades, em atendimento às exigências do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 do Município de Palmas/TO.

a.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional

1.1. Composição e designação

Será instituída uma Comissão de Análise e Revisão de Prontuários em cada UPA, mediante ato formal da direção da respectiva unidade. Propõe-se a composição de cinco integrantes: dois médicos, dois profissionais de enfermagem e um representante administrativo vinculado preferencialmente à organização dos registros assistenciais. Trata-se de composição proposta para a execução da parceria, sujeita à formalização institucional; não constitui quantitativo mínimo previsto na Resolução CFM nº 1.638/2002.

A coordenação ficará a cargo de médico integrante da Comissão, designado pela direção da unidade. O ato de designação identificará nome, categoria profissional, registro no conselho de classe quando aplicável, função, unidade de vinculação e período de mandato. Substituições e reconduções serão registradas por ato interno. Na fase propositiva não se indicam nomes antes da designação formal.



Forma de designação: Os membros serão formalmente designados pela direção da respectiva UPA, mediante ato administrativo interno. A coordenação será exercida obrigatoriamente por médico, em conformidade com a Resolução CFM nº 1.638/2002.

1.3. Atribuições essenciais

- Examinar, por amostragem e segundo critérios definidos em reunião, a identificação do paciente e dos profissionais responsáveis pelo atendimento.
- Verificar registros de acolhimento e classificação de risco, anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, exames, prescrições, administração de medicamentos, procedimentos e evolução clínica e de enfermagem.
- Verificar os registros de observação, estabilização, reavaliação, alta, transferência e contrarreferência, respeitados os fluxos assistenciais aplicáveis.

- Identificar omissões, inconformidades e padrões recorrentes, com proposição de ações corretivas e educativas e posterior verificação de sua implementação.
- Recomendar melhorias em formulários, campos obrigatórios, fluxos de registro e mecanismos de guarda, acesso e preservação documental.
- Encaminhar à direção técnica resultados consolidados e manter articulação com a Comissão de Ética Médica, sem divulgação indevida de dados sensíveis.

a.2. Forma de designação dos membros

Os membros da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários serão formalmente designados pela Direção Técnica de cada Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, mediante ato administrativo interno, observadas as disposições da Resolução CFM nº 1.638/2002.

A escolha dos integrantes considerará a formação profissional, a experiência nas atividades assistenciais e administrativas, o conhecimento das rotinas de registro e documentação clínica e a disponibilidade para o exercício das atribuições da Comissão.

A coordenação será obrigatoriamente exercida por médico integrante da Comissão, indicado e formalmente designado pela Direção Técnica da respectiva unidade.

O ato de designação deverá conter a identificação dos membros, suas categorias profissionais, os números de inscrição nos respectivos conselhos de classe, quando aplicáveis, as funções atribuídas e o período de mandato. Eventuais substituições, afastamentos ou reconduções serão igualmente formalizados, assegurando a continuidade das atividades.

Durante a fase de apresentação da proposta técnica, a composição será indicada por categoria profissional, sem identificação nominal dos integrantes. A designação individual ocorrerá na implantação dos serviços, mediante formalização dos respectivos vínculos profissionais.

Cada UPA contará com sua própria Comissão, responsável pela execução das atividades previstas no Regimento Interno e no cronograma anual

a.3. Finalidade

O prontuário é o registro da história clínica do paciente dentro da unidade. Ele também é o documento que prova o que foi feito, quando, por quem e com qual justificativa. Numa UPA o fluxo é intenso e o paciente pode passar por classificação de risco, consulta, observação, medicação e transferência no mesmo plantão. Por isso um registro falho custa caro: compromete a continuidade do cuidado, enfraquece a defesa da instituição e expõe a gestão pública.

A Irmandade irá instituir e manter em funcionamento uma Comissão de Revisão de Prontuários em cada uma das UPAs 24h, nos termos da Resolução CFM nº 1.638/2002. A Comissão terá três propósitos:

- garantir que os prontuários estejam completos, legíveis e preenchidos conforme as normas éticas e legais;
- identificar falhas de registro e orientar as equipes para corrigi-las, sem caráter punitivo;
- assegurar a guarda, o sigilo e a integridade das informações, em papel ou no sistema eletrônico.

Atribuições

Compete à Comissão:

a) verificar se constam do prontuário os itens obrigatórios: identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnóstico, tratamento realizado e evolução com data, hora, assinatura e número de registro do profissional;

b) conferir os registros próprios do pronto atendimento, como classificação de risco, prescrições, checagem de medicação, relatório de alta, transferência ou óbito;