PROPOSTA TÉCNICA PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS – UPA NORTE JOSÉ DE SOUZA DOURADO E UPA SUL GERSON PIRES DE AGUIAR, DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO, CONFORME O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE SAÚDE ENSINO PESQUISA E EXTENSÃO PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO-IBSAÚDE

Novembro/2026
São José - SC

CHAMAMENTO PÚBLICO, destinado à seleção de entidade de direito privado, sem fins lucrativos, caracterizada como Organização da Sociedade Civil — OSC, para celebração de Termo de Colaboração com o Município de Palmas/TO, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, em conformidade com a Lei Federal nº 13.019/2014 e o Decreto Municipal nº 2.121/2021, alterado pelo Decreto Municipal nº 2.958/2026. O objeto compreende a gestão, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte — José de Souza Dourado — e Sul — Gerson Pires de Aguiar, com funcionamento ininterrupto, em observância às normas do Sistema Único de Saúde — SUS, ao Termo de Referência e às condições estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº 001/2026, em seus anexos, na Errata nº 001/2026 e nos esclarecimentos oficiais que integram o instrumento convocatório.

O INSTITUTO BRASILEIRO DE SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO — IBSAÚDE, entidade de direito privado, sem fins lucrativos, caracterizada como Organização da Sociedade Civil — OSC, inscrita no CNPJ sob nº 07.836.454/0001-46, com sede na Rua Santo Antônio, nº 1460, sala 506, Bairro Barreiros, CEP 88117-351, no Município de São José, Estado de Santa Catarina, por intermédio de seu representante legal, Dr. Leonardo Rizzolo Fetter, brasileiro, advogado, divorciado, inscrito na OAB/RS sob nº 30.720, vem apresentar sua Proposta Técnica e Econômico-Financeira, em atendimento ao Edital de Chamamento Público nº 001/2026, para celebração de Termo de Colaboração com o Município de Palmas/TO, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, destinado à gestão, à operacionalização e à execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte — José de Souza Dourado — e Sul — Gerson Pires de Aguiar, com funcionamento ininterrupto, conforme as condições estabelecidas no Edital, no Termo de Referência e em seus anexos, observadas a Errata nº 001/2026 e as respostas oficiais aos pedidos de esclarecimento que integram o instrumento convocatório.

SUMÁRIO

1. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO 8
1.1. IDENTIFICAÇÃO E APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE PROPONENTE 8
1.2. ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PROPONENTE 8
1.3. CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA E COMPREENSÃO DO OBJETO 15
1.4. DIAGNÓSTICO E COMPREENSÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL E OPERACIONAL DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS NORTE E SUL DE PALMAS 22
1.5. DESCRIÇÃO DA INSERÇÃO DAS UNIDADES NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E DE SUA ARTICULAÇÃO COM OS DEMAIS PONTOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE 32
1.6. PREMISSAS TÉCNICAS E GERENCIAIS ADOTADAS PARA EXECUÇÃO DO OBJETO 37
1.7. RESULTADOS GERAIS PRETENDIDOS COM A PROPOSTA 42
2. PARTE I - ÁREA DE ATIVIDADE 46
2.1. FLUXOS OPERACIONAIS 46
V.1.1. FLUXO ASSISTENCIAL DO USUÁRIO 47
V.1.2. FLUXO UNIDIRECIONAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS E DE ROUPAS .. 59
V.1.3. FLUXO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGREGADO E UNIDIRECIONAL 73
V.1.4. FLUXO DE REGISTROS DOCUMENTOS E PRONTUÁRIOS DE USUÁRIOS 79
2.2. INSTRUMENTOS DE GESTÃO 90
V.1.5. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE 91
V.1.6. PROPOSTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM 109
V.1.7. PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO 123
V.1.8. PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO 135
2.3. PROCESSOS E MANUAIS 158
V.1.9. MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE URGÊNCIA 159
a) Protocolo 1 - Acolhimento com classificação de risco 160
b) Protocolo - 2 Dor torácica 164
c) Protocolo 3 - Acidente vascular cerebral 167
d) Protocolo 4 - Sepse 170
e) Protocolo 5 - Trauma 174
V.1.10. MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO FARMÁCIA PATRIMÔNIO E TRANSPORTE SANITÁRIO 182
V.1.11. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS 200
2.4. INCREMENTO DE ATIVIDADES 218

V.1.12. PROPOSTA DE PROJETO ASSISTENCIAL PARA AMPLIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE..... 219
3. PARTE II — ÁREA DE QUALIDADE.....232
3.1. QUALIDADE OBJETIVA — COMISSÕES E NÚCLEOS.....232
V.2.1. COMISSÕES E NÚCLEOS OBRIGATÓRIOS.....233
a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.....233
Documentação mínima para implantação e acompanhamento..... 240
Referências normativas e técnicas.....240
b) Comissão de Revisão de Óbitos..... 240
Documentação mínima para implantação e acompanhamento..... 247
Referências normativas e técnicas.....248
c) Comissão de Ética Médica..... 248
Documentação mínima para implantação e acompanhamento..... 255
Referências normativas e técnicas.....255
d) Comissão de Ética de Enfermagem..... 255
Documentação mínima para implantação e acompanhamento..... 262
Referências normativas e técnicas.....263
e) Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde..... 263
Documentação mínima para implantação e acompanhamento..... 270
Referências normativas e técnicas.....270
f) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio.....270
g) Comissão de Farmácia e Terapêutica..... 278
h) Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.....285
i) Núcleo de Segurança do Paciente..... 293
j) Núcleo de Educação Permanente em Saúde.....300
3.2. QUALIDADE SUBJETIVA.....308
V.2.2 MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....308
V.2.3. PROPOSTA DE OUVIDORIA E PESQUISA DE SATISFAÇÃO.....327
V.2.4. PUBLICIZAÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS E DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS..... 338
3.3 IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS..... 345
V.2.5. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS ÁREAS ASSISTENCIAIS..... 346
V.2.6. ORGANIZAÇÃO DO APOIO DIAGNÓSTICO..... 361
V.2.7. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO..... 378
V.2.8. CONTRARREFERÊNCIA E ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE..... 398
3.4. POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO.....410
V.2.9. QUADRO DE PESSOAL POR ÁREA E CATEGORIA PROFISSIONAL.....410
V.2.10. ORGANOGRAMA DA UNIDADE ATÉ O TERCEIRO NÍVEL.....434
V.2.11. NORMAS DE SELEÇÃO, CONTRATAÇÃO E AVALIAÇÃO DE

DESEMPENHO 444
V.2.12. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE 454
4. PARTE III — ÁREA DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA 469
1. EXPERIÊNCIA E QUALIFICAÇÃO DO IBSAÚDE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 469
2. EXPERIÊNCIA ANTERIOR — TEMPO DE GESTÃO 476
V.3.1. GESTÃO DE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DE PORTE III 476
V.3.2. GESTÃO DE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DE PORTE II 476
V.3.3. GESTÃO DE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DE PORTE I OU DE OUTRO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FUNCIONAMENTO ININTERRUPTO 477
3. EXPERIÊNCIA ANTERIOR — AMPLITUDE 477
V.3.4. NÚMERO DE UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA GERIDAS 477
4. SERVIÇO PRÓPRIO 477
V.3.5. SERVIÇO AMBULATORIAL OU DE PRONTO ATENDIMENTO PRÓPRIO 477
5. QUALIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS INDICADOS 480
V.3.6. RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO INDICADO 480
V.3.7. RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO INDICADO 480
6. ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO 481
V.3.8. ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE 481
V.3.9. CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) 482
5. PARTE IV — PROPOSTA FINANCEIRA 483
6. PARTE V — FORMULÁRIOS 503
A. FORMULÁRIO V-A — SUMÁRIO ANALÍTICO DA PROPOSTA TÉCNICA 503
B. FORMULÁRIO V-B. EXPERIÊNCIA ANTERIOR: TEMPO DE GESTÃO 505
C. FORMULÁRIO V-C. EXPERIÊNCIA ANTERIOR: UNIDADES GERIDAS 509
D. FORMULÁRIO V-D. RESPONSÁVEIS INDICADOS 511

ANEXO I- REGULAMENTO DE SELEÇÃO E ADMISSÃO DE PESSOAL 513
ANEXO II- CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA 527
ANEXO III- EXPERIÊNCIA EM GESTÃO 543
ANEXO IV- VISITA ONA 780
ANEXO V- CEBAS 782
ANEXO VI - REGULAMENTO DE COMPRAS 788
ANEXO VII- QUALIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS INDICADOS 795
ANEXO VIII - DECLARAÇÃO SUBSTITUTIVA DE VISITA TÉCNICA 825

PLANO DE TRABALHO PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS – UPA NORTE JOSÉ DE SOUZA DOURADO E UPA SUL GERSON PIRES DE AGUIAR, DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO

O presente documento reúne a Proposta Técnica e Econômico-Financeira do IBSAÚDE para a gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte — José de Souza Dourado — e Sul — Gerson Pires de Aguiar — do Município de Palmas/TO. Apresenta, de forma integrada, o modelo assistencial e gerencial proposto, a organização dos serviços, os recursos necessários e o planejamento da execução, contemplando objetivos, ações, metas, indicadores, responsabilidades, cronogramas e composição dos custos, em atendimento ao Edital de Chamamento Público nº 001/2026, ao Termo de Referência, ao roteiro de elaboração da Proposta Técnica constante do Anexo V e à Planilha de Composição de Custos do Anexo VI, observadas as alterações da Errata nº 001/2026 e os esclarecimentos oficiais que integram o instrumento convocatório.

1. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO

1.1. IDENTIFICAÇÃO E APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE PROPONENTE.

1.1.1. Dados Cadastrais – Organização da Sociedade Civil (OSC)

Nome da Organização da Sociedade Civil: CNPJ:		Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão Para o Desenvolvimento Humano – IBSAÚDE	
Endereço:		Rua Santo Antônio, 1460, sala 506	
Município: São José	U.F.: Santa Catarina	CEP: 88117-351	DDD/Telefone: 51 3226.4355
E-mail: Site:		secretaria.executiva@ibsaude.org www.ibsaude.org.br	
Nome do responsável (Presidente da OSC): CPF:		Dr. Leonardo Rizzolo Fetter 701.445.160-04	
Endereço:		Rua Santo Antônio, 1460, sala 506	
Município:São José	UF:Santa Catarina	CEP: 88117-351	
Email: Telefone:		secretaria.executiva@ibsaude.org 51 3226.4355	
Formação: Nº registro no Conselho Profissional:		Advogado OAB/RS 30.720	
Início do Mandato: Fim do Mandato:		20/04/2026 20/04/2031	

1.2. ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PROPONENTE

O Instituto Brasileiro de Saúde Ensino Pesquisa e Extensão do Desenvolvimento Humano é uma Associação Civil de Direito Privado, sem fins lucrativos; Organização Social da Saúde (OS) vocacionada ao reforço e à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o início de suas atividades no ano de 2005. O IBSAÚDE acumula uma extensa trajetória de mais de 20 anos de experiência na gestão de recursos do SUS.

Atuante em diversos municípios do Rio Grande do Sul e qualificada em oito Estados brasileiros, sendo um Polo Tecnológico na cidade de São Paulo e outros três internacionais (Portugal, Angola e República Democrática do Congo), em fase de estruturação. Em mais de duas décadas de atividades, já administrou mais de

sessenta e seis unidades de saúde, reunindo capacidade técnica/gerencial comprovadas em gestão segura, transparente e comprometida com resultados de excelência no atendimento das necessidades da população.

Com altos índices de satisfação e soluções tecnológicas que otimizam o atendimento, sempre prezando pela economicidade, transparência e respeito com os recursos públicos, evidenciados principalmente pela capacidade financeira comprovada (CAGE nº 83.783) e certificação CEBAS (portaria MS nº 1.202/2021).[1]



O IBSAÚDE tem por finalidade estatutária integrar e consolidar a atuação de agentes públicos e privados no desenvolvimento de políticas públicas, com ênfase nas áreas de Saúde e Educação. Atua na gestão e prestação de serviços, bem como na contratação e gestão de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), saúde suplementar e área educacional.

No campo educacional, desenvolve atividades de formação, aperfeiçoamento, pós-graduação e capacitação permanente, com enfoque técnico e humanizado. Também promove ações voltadas à inclusão social, por meio de iniciativas nas áreas de esporte, cultura, meio ambiente e desenvolvimento sustentável.

[1] Disponível em https://ibsaude.org.br/docs/relatorio-institucional-ibsaude

Nesse contexto, salientamos o diferencial representado pelas parcerias já efetivadas com universidades tanto nacionais como internacionais como a Ulbra, UniRitter e Fadergs e Cooperativa de Ensino Universitário – CEU (Portugal), potencializando com as instituições de ensino o desenvolvimento de pesquisas e ações de extensão e de responsabilidade social.





Criação do IBEscola, instrumento de capacitação e qualificação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde do IBSAÚDE, administrados pelo instituto. Cursos com modalidades livres e de formação permanente com planejamento para cursos de pós-graduação lato sensu.



O Instituto IBSAÚDE realiza mensalmente o Seminário Formação Rede IBSAÚDE. O evento organizado por meio da IBSAÚDE Escola, disponibiliza o encontro de todas as unidades gerenciadas pelo IBSAÚDE, proporcionando capacitação e qualificação da gestão em saúde.



Projeto do IBSAÚDE em parceria com o Centro de Neurologia e Neurocirurgia, CEANNE, realizando atendimento com especialista por meio da TELEMEDICINA. Em consultórios equipados com o sistema de consultas online, pacientes são atendidos por dois médicos: o clínico geral que estará presente fisicamente é um especialista na área de cardiologia e neurologia, que é de uma central, em São Paulo, fornecendo suporte para o diagnóstico e tratamento, de forma remota.

A Telemedicina permite a redução de gastos e o aumento na qualidade do atendimento assistencial, passando a ser uma grande aliada para tornar os serviços médicos especializados no SUS mais acessíveis à população. Dados estatísticos mostram que 20% da população que usou a telemedicina, apenas 2% precisavam realmente ir para uma unidade de saúde.





Para o cumprimento de suas finalidades institucionais, estabelece parcerias com entidades comunitárias, associações de moradores, setor empresarial,

instituições nacionais e internacionais de ensino, pesquisa e extensão, bem como desenvolve projetos de responsabilidade social.

Todas as atividades são realizadas sem finalidade lucrativa e sem vinculação político-partidária, visando contribuir para o desenvolvimento social, tecnológico e sustentável da sociedade.[2]



[2] Para melhor aferição das finalidades Estatutárias- Link com o Estatuto completo disponível em: https://www.ibsaude.org.br/ibsaude/estatuto-social/

1.2.1. Qualificação Técnica



1.3. CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA E COMPREENSÃO DO OBJETO

A presente proposta técnica do IBSAÚDE destina-se à gestão, à operacionalização e à execução das ações e serviços de saúde da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Norte — José de Souza Dourado e da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Sul — Gerson Pires de Aguiar, no Município de Palmas/TO, em atendimento ao Edital de Chamamento Público nº 001/2026, ao respectivo Termo de Referência e seus anexos, consideradas as alterações promovidas pela Errata nº 001/2026.

A proposta compreende a organização integrada da assistência, das equipes, dos recursos materiais, da infraestrutura, dos serviços de apoio e dos processos administrativos necessários ao funcionamento ininterrupto das duas unidades. Sua execução será orientada pelas diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas — SEMUS, pelas metas e pelos indicadores da parceria e pelo

compromisso de assegurar atendimento oportuno, seguro, humanizado e compatível com as necessidades da população.

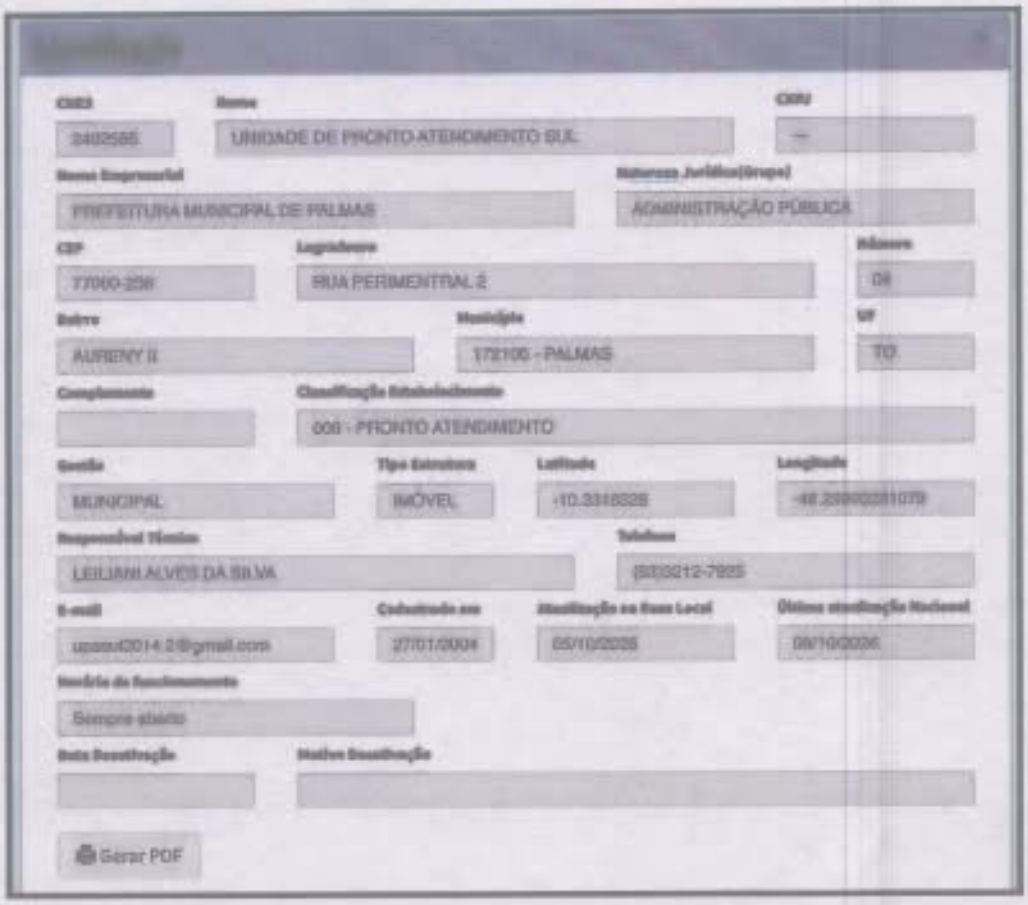
1.3.1. Compreensão da finalidade e da abrangência do objeto

O objeto abrange a operação de dois estabelecimentos públicos municipais integrantes da Rede de Atenção às Urgências de Palmas, ambos habilitados como Unidades de Pronto Atendimento 24 horas de Porte III — Opção VIII, com funcionamento durante 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados:

- UPA Norte — José de Souza Dourado: CNES nº 2755289, localizada na Quadra 203 Norte, Alameda LO 06, APM 02, s/n, Plano Diretor Norte, Palmas/TO.



- UPA Sul — Gerson Pires de Aguiar: CNES nº 2492555, localizada na Avenida Perimetral 02, nº 04, Quadras 72/73, Setor Aureny II, Palmas/TO.



O IBSAÚDE compreende que a execução da parceria exige a manutenção articulada das condições necessárias à continuidade do atendimento, incluindo equipes dimensionadas, escalas completas, fluxos assistenciais organizados, abastecimento regular de medicamentos e insumos, equipamentos em condições de uso e serviços de apoio disponíveis.

A abrangência operacional contempla as atividades assistenciais, o apoio diagnóstico e terapêutico, a assistência farmacêutica, os serviços técnicos e logísticos, o transporte sanitário previsto no Termo de Referência, a manutenção de rotina e a gestão administrativa, financeira, de pessoas e de informações. A

organização desses componentes considerará as particularidades de cada unidade, o perfil dos usuários e as variações sazonais da demanda.

1.3.2. Compreensão do papel assistencial das unidades

As UPAs Norte e Sul constituem pontos de atendimento às urgências e emergências, acolhendo usuários adultos e pediátricos provenientes de demanda espontânea e referenciada. Sua atuação compreende acolhimento com classificação de risco, atendimento em clínica médica, pediatria e ortopedia, assistência de enfermagem, atendimento odontológico de urgência e demais ações previstas no Termo de Referência.

A organização assistencial será orientada pela gravidade clínica e pelas necessidades de cada usuário, assegurando avaliação, estabilização, investigação diagnóstica, tratamento, observação e reavaliação. A definição do desfecho compreenderá alta com orientações ou encaminhamento regulado para continuidade do cuidado.

A permanência em observação observará o limite de 24 horas estabelecido no Termo de Referência. Quando houver necessidade de internação ou de recursos de maior complexidade, será providenciado o encaminhamento à unidade hospitalar de referência por meio do Complexo Regulador Estadual, conforme os fluxos estabelecidos, mantendo-se a assistência necessária durante a espera pela transferência.

A articulação com o SAMU 192, a Atenção Primária à Saúde e os serviços hospitalares será acompanhada de registros clínicos completos e comunicação entre as equipes, favorecendo a continuidade do cuidado e a integração das unidades à rede assistencial.

1.3.3. Resposta às necessidades identificadas

O perfil assistencial das UPAs Norte e Sul de Palmas evidencia a necessidade de assegurar capacidade de resposta a uma demanda contínua, variável e sujeita a oscilações sazonais, composta por usuários adultos e

pediátricos do Município e por demanda intermunicipal. Esse cenário exige a integração entre assistência, disponibilidade de profissionais, apoio diagnóstico, abastecimento e articulação com os demais pontos da rede.

Para responder às necessidades identificadas, a proposta do IBSAÚDE articula os seguintes componentes:

- **Cobertura profissional:** dimensionamento das equipes conforme os parâmetros do Termo de Referência, organização das escalas, acompanhamento da presença e mecanismos de substituição que assegurem a continuidade dos serviços;
- **Organização assistencial:** acolhimento com classificação de risco, definição dos fluxos e das responsabilidades, aplicação de protocolos, reavaliação dos usuários e comunicação entre as equipes e os serviços de referência;
- **Disponibilidade operacional:** abastecimento regular de medicamentos e insumos, manutenção das instalações e dos equipamentos, controle patrimonial e continuidade dos serviços de apoio diagnóstico, técnico e logístico;
- **Qualidade, segurança e acessibilidade:** prevenção de riscos assistenciais, acompanhamento de incidentes, atendimento humanizado e acessível, avaliação da satisfação dos usuários e melhoria dos processos;
- **Gestão orientada a resultados:** acompanhamento individualizado das metas e dos indicadores de cada UPA, análise das causas dos desvios e implementação de medidas corretivas;
- **Transparência e prestação de contas:** manutenção de registros verificáveis, apresentação de relatórios periódicos e rastreabilidade da execução das atividades e da aplicação dos recursos da parceria.

Esses componentes serão conduzidos de forma coordenada, com acompanhamento das particularidades de cada unidade, definição de prioridades e verificação dos resultados das providências adotadas.

1.3.4. Abrangência da gestão e dos serviços de apoio

A gestão proposta compreenderá as atividades necessárias ao funcionamento ininterrupto das UPAs Norte e Sul, abrangendo a gestão de pessoas, a organização assistencial, a administração financeira, o controle patrimonial e o gerenciamento dos medicamentos, materiais, insumos e equipamentos utilizados na execução da parceria.

O apoio à assistência contemplará os serviços laboratoriais, radiológicos, de ultrassonografia e eletrocardiografia previstos no Termo de Referência, além da assistência farmacêutica e da disponibilização dos resultados e registros necessários à tomada de decisão clínica.

A operação também abrangerá recepção e registros, higienização e desinfecção, processamento de materiais, rouparia e lavanderia, alimentação e nutrição, gerenciamento de resíduos, vigilância patrimonial, almoxarifado, manutenção de rotina, engenharia clínica, tecnologia da informação e apoio administrativo. O transporte sanitário será organizado conforme as condições estabelecidas para cada unidade, com disponibilização de ambulância de suporte básico Tipo B e tripulação própria, observados os fluxos de regulação.

Os serviços executados diretamente ou por terceiros, quando admitidos, terão responsáveis definidos e serão acompanhados quanto à qualidade, à regularidade e ao cumprimento das obrigações pactuadas. O IBSAÚDE manterá a supervisão das entregas, o tratamento das inconformidades e os registros comprobatórios, observando a distribuição de responsabilidades estabelecida no Termo de Referência e no Termo de Colaboração.

1.3.5. Integração com a gestão municipal e com a rede de atenção

O IBSAÚDE exercerá a gestão operacional e a execução dos serviços das UPAs Norte e Sul sob as diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas — SEMUS, observando as responsabilidades estabelecidas no Termo de Referência e no Termo de Colaboração. Permanecerão sob competência da Administração Pública as atribuições de planejamento, coordenação, monitoramento, fiscalização e avaliação da política pública de saúde.

A integração assistencial compreenderá a articulação com o SAMU 192, a Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados e as referências hospitalares, respeitando os fluxos estabelecidos pela SEMUS e as competências do Complexo Regulador Estadual quanto à regulação do acesso e aos encaminhamentos para os serviços de referência.

A comunicação entre esses pontos da rede será apoiada por registros clínicos completos, informações sobre os atendimentos e transferências e mecanismos de referência e contrarreferência que favoreçam a continuidade do cuidado.

No âmbito da gestão, serão assegurados a alimentação dos sistemas oficiais, a apresentação dos relatórios exigidos e o acesso da SEMUS aos dados, sistemas e registros necessários ao acompanhamento da parceria, inclusive em tempo real, conforme previsto no Termo de Referência e observadas as regras de proteção de dados pessoais.

1.3.6. Continuidade, responsabilidade e avaliação dos resultados

A implantação da gestão será organizada para preservar o funcionamento ininterrupto das UPAs Norte e Sul durante a transição. O planejamento compreenderá a mobilização das equipes, a organização das escalas, a conferência de estoques e bens, a verificação dos equipamentos e serviços de apoio, a integração dos sistemas e a passagem documentada das informações e responsabilidades.

Durante a execução da parceria, o IBSAÚDE acompanhará, de forma individualizada por unidade, a produção assistencial e as condições necessárias à sua realização. Serão avaliados a cobertura das equipes, a disponibilidade de medicamentos e insumos, o funcionamento dos equipamentos, a qualidade dos registros, a segurança assistencial, a satisfação dos usuários e o cumprimento das metas e dos indicadores pactuados.

Os resultados serão analisados periodicamente pelas lideranças responsáveis, com identificação das causas das inconformidades, definição de ações corretivas, estabelecimento de prazos e acompanhamento da efetividade das medidas adotadas.

A aplicação dos recursos permanecerá vinculada ao objeto da parceria e será demonstrada por controles financeiros e contábeis, documentação comprobatória, relatórios de execução e prestação de contas. Essa organização permitirá à SEMUS acompanhar as entregas, verificar o cumprimento das obrigações e orientar os ajustes necessários à qualificação contínua dos serviços.

1.4. DIAGNÓSTICO E COMPREENSÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL E OPERACIONAL DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS NORTE E SUL DE PALMAS

O diagnóstico apresentado considera o contexto demográfico e assistencial de Palmas/TO, os dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE e as informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal da Saúde no Estudo Técnico Preliminar, na Nota Técnica nº 001/2026/SEMUS/Equipe Técnica e no Termo de Referência do Chamamento Público nº 001/2026. O Município registrou 302.692 habitantes no Censo Demográfico de 2022, com população estimada em 333.154 habitantes em 2026, segundo o IBGE.

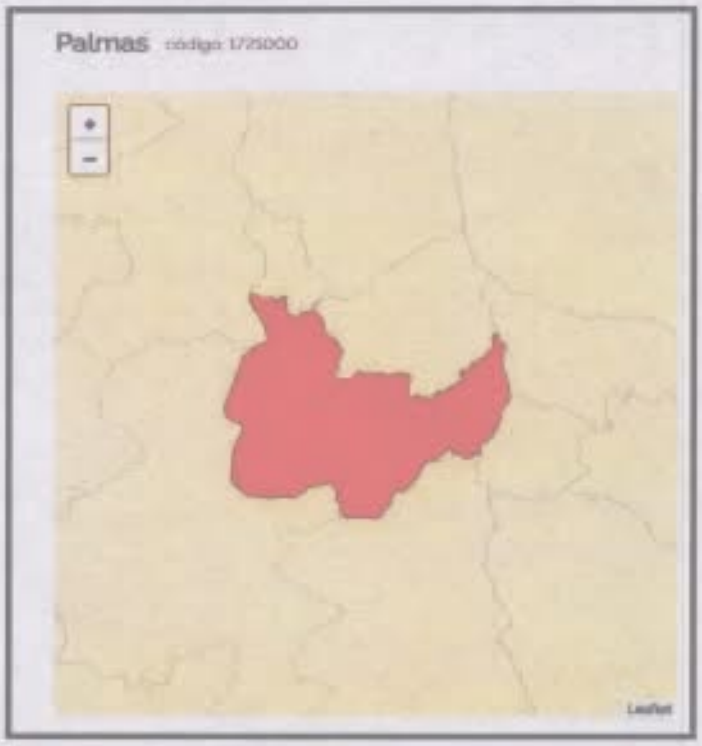
A análise contempla as características da UPA Norte — José de Souza Dourado e da UPA Sul — Gerson Pires de Aguiar, considerando a capacidade instalada, os atendimentos realizados, o perfil dos usuários, as variações sazonais e a demanda municipal e intermunicipal descrita nos documentos oficiais. Esses

elementos fundamentam a organização assistencial e operacional proposta pelo IBSAÚDE, respeitando as particularidades de cada unidade e sua integração à Rede de Atenção às Urgências.

Durante a implantação, o diagnóstico será complementado pela análise dos registros atualizados, pela conferência dos recursos disponíveis e pela verificação presencial das condições das unidades, permitindo orientar as prioridades e os ajustes necessários à continuidade e à qualificação da assistência.

1.4.1. Contexto demográfico e territorial

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, Palmas, capital do Estado do Tocantins, registrou 302.692 habitantes no Censo Demográfico de 2022, com população estimada em 333.154 habitantes em 2026. O quadro apresenta os indicadores demográficos e territoriais utilizados como referência para a contextualização da proposta.



Fonte: IBGE — Cidades e Estados e Estimativas da População. Os indicadores possuem anos de referência distintos; a densidade corresponde à divulgação do Censo de 2022.

Área Territorial	2.227,329 km² (2025)	
População no último censo	302.692 pessoas (2022)	
Densidade demográfica	135,90 hab/km² (2022)	
População estimada	333.154 pessoas (2026)	
Escolarização 6 a 14 anos	98,85 % (2022)	▾
IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal	0,788 (2010)	▾
Mortalidade Infantil	11,23 óbitos por mil nascidos vivos (2025)	▾

POPULAÇÃO

População no último censo [2022]	302.692 pessoas
População estimada [2026]	333.154 pessoas
População quilombola [2022] (mais sobre Quilombos Ênico-Raciais)	6 pessoas
População Indígena [2022] (mais sobre Quilombos Ênico-Raciais)	645 pessoas
Densidade demográfica [2022]	135,90 habitante por quilômetro quadrado

O contexto demográfico de Palmas constitui referência para o planejamento da rede e para a compreensão da abrangência territorial das UPAs Norte e Sul. A análise da demanda considera, além da população residente, os fluxos intermunicipais descritos no Termo de Referência e as características assistenciais de cada unidade.

O dimensionamento proposto pelo IBSAÚDE será fundamentado nos atendimentos efetivamente apurados, nos desfechos assistenciais, nas variações sazonais e nas necessidades operacionais identificadas nos documentos do chamamento público. Na interpretação da produção, será observada a distinção entre atendimentos e registros de atos médicos realizados durante um mesmo episódio assistencial, conforme a metodologia estabelecida no Estudo Técnico Preliminar.

1.4.2. Inserção das unidades na rede e características do atendimento

As Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte — José de Souza Dourado — e Sul — Gerson Pires de Aguiar — integram a Rede de Atenção às Urgências de Palmas/TO e constituem portas de acesso ao atendimento de situações agudas, com funcionamento ininterrupto, durante todos os dias da semana. Sua atuação articula-se à Atenção Primária à Saúde, ao SAMU 192, à regulação assistencial e aos serviços hospitalares de referência, favorecendo a continuidade do cuidado.

O atendimento abrange a demanda espontânea e os usuários encaminhados pelos demais serviços da rede. O acesso à assistência será organizado pelo acolhimento com classificação de risco, com priorização conforme a gravidade clínica e as necessidades identificadas, assegurando resposta oportuna às situações de maior risco.

A assistência compreende atendimento médico e multiprofissional, realização de procedimentos, administração de medicamentos, apoio diagnóstico e terapêutico, estabilização e observação clínica. Os usuários que necessitarem de internação ou de recursos indisponíveis nas UPAs serão encaminhados por meio

dos mecanismos de regulação, mantendo-se a assistência, a monitorização e as reavaliações necessárias enquanto permanecerem nas unidades.

Na alta, serão fornecidas orientações sobre o tratamento, os sinais de alerta e a necessidade de acompanhamento. Quando indicado, será realizada a contrarreferência à Atenção Primária ou a outros serviços da rede, com informações que subsidiem a continuidade do cuidado.

1.4.3. Histórico de produção e magnitude da demanda

O Estudo Técnico Preliminar de Palmas apresenta a evolução da produção médica registrada nas UPAs Norte e Sul entre 2022 e o primeiro semestre de 2026, conforme o quadro a seguir.

Ano	Período de referência	Registros — UPA Norte	Registros — UPA Sul	Total de registros
2022	Janeiro a dezembro	137.548	136.964	274.512
2023	Janeiro a dezembro	149.476	157.925	307.401
2024	Janeiro a dezembro	169.274	176.161	345.435
2025	Janeiro a dezembro	213.668	230.978	444.646
2026	Janeiro a junho	119.014	136.391	255.405

Fonte: Estudo Técnico Preliminar de Palmas, versão disponibilizada em 16/10/2026, Quadro 1 — Produção médica registrada nas UPAs Norte e Sul, 2022 a 2026.

A interpretação dessa série observará a distinção estabelecida no ETP entre registro de produção médica e atendimento. Os registros abrangem os atos médicos lançados durante a assistência, incluindo avaliação inicial, reavaliações, análise de exames e procedimentos. O atendimento corresponde ao episódio assistencial, da entrada do usuário até seu desfecho, podendo compreender diversos registros.

Para a análise da demanda em atendimentos, o ETP apresenta apuração específica dos relatórios de janeiro de 2025 a agosto de 2026, com deduplicação por usuário e data de ocorrência. Foram identificados 514.864 atendimentos no conjunto das duas unidades, com as seguintes médias mensais:

Unidade	Média mensal de atendimentos
UPA Norte — José de Souza Dourado	11.908
UPA Sul — Gerson Pires de Aguiar	13.836
Conjunto das duas unidades	25.744

Fonte: Estudo Técnico Preliminar de Palmas, itens 5.4.1 a 5.4.4 e Quadro 2. Médias mensais arredondadas conforme o documento oficial.

Esses quantitativos demonstram a magnitude da demanda e a necessidade de manter equipes, ambientes assistenciais, medicamentos, materiais, equipamentos e serviços de apoio disponíveis de forma simultânea e contínua. A assistência envolve, além da avaliação médica, acolhimento com classificação de risco, cuidados de enfermagem, administração de medicamentos, procedimentos, exames, observação, reavaliação e acompanhamento dos usuários que aguardam transferência regulada.

O planejamento do IBSAÚDE considerará os atendimentos efetivamente apurados e as necessidades operacionais de cada UPA, complementados pelos indicadores de procedimentos e desfechos assistenciais disponíveis. Os quantitativos de diferentes atividades não serão somados como se representassem usuários distintos, e as médias serão utilizadas como referências de planejamento, considerando as variações sazonais e a distribuição da demanda entre dias e turnos.

1.4.4. Perfil de gravidade e necessidades de resposta

Os dados oficiais das UPAs Norte e Sul de Palmas demonstram predominância de registros na classificação verde, acompanhada de participação expressiva da classificação amarela e da ocorrência de casos classificados como vermelhos. Esse perfil exige conciliar o atendimento de grande volume com a disponibilidade permanente de equipes e recursos para a assistência aos pacientes de maior gravidade.

No primeiro semestre de 2026, os registros apresentaram a seguinte distribuição:

Classificação de risco	UPA Norte	UPA Sul
Vermelha	1225	832
Amarela	22.748	22.633
Verde	48.982	60.798
Azul	798	779
Total de registros classificados	73.753	85.042

Fonte: BI municipal/e-SUS PEC, Painel de Lista de Atendimento, conforme as Tabelas 16 e 24 da Nota Técnica integrante do Estudo Técnico Preliminar de Palmas. Período: janeiro a junho de 2026.

Nesse período, a classificação verde correspondeu a 66,4% dos registros da UPA Norte e 71,5% da UPA Sul. A classificação amarela representou, respectivamente, 30,8% e 26,6%, evidenciando a necessidade de manter capacidade de avaliação, intervenção e acompanhamento dos usuários conforme a prioridade clínica.

A proposta do IBSAÚDE prevê acolhimento com classificação de risco, organização dos fluxos assistenciais, reavaliação dos usuários em espera e disponibilidade contínua dos recursos necessários à estabilização. O dimensionamento das equipes e a distribuição dos profissionais considerarão a gravidade, a demanda por turno e a utilização simultânea dos diferentes ambientes assistenciais.

Conforme a metodologia apresentada no documento municipal, a classificação laranja não possui campo autônomo na extração analisada, sendo registrada nas categorias vermelha ou amarela, conforme a avaliação clínica. Portanto, sua ausência no quadro não indica inexistência desses casos. Os quantitativos correspondem a registros classificados e não representam, necessariamente, usuários distintos.

1.4.5. Observação, apoio diagnóstico e continuidade do cuidado

A observação clínica constitui componente essencial da assistência nas UPAs Norte e Sul, permitindo acompanhar a evolução dos pacientes, executar as prescrições, realizar reavaliações e definir o encaminhamento adequado. A observação deverá ocorrer por até 24 horas, com encaminhamento hospitalar pelo Complexo Regulador Estadual quando não houver condições de alta nesse período, assegurando a continuidade da assistência enquanto o paciente aguardar transferência.

O IBSAÚDE organizará esse processo mediante acompanhamento médico e de enfermagem, registros em prontuário, passagem de plantão e monitoramento das pendências assistenciais e regulatórias. A gestão acompanhará os horários de entrada e saída da observação, o tempo de permanência e os desfechos, permitindo estabelecer indicadores verificáveis.

A produção oficial de apoio diagnóstico demonstra a dimensão dos recursos necessários ao funcionamento das duas unidades:

Atividade registrada	Quantitativo conjunto das UPAs Norte e Sul	Período de referência
Procedimentos de diagnóstico em laboratório clínico	616.165	Janeiro de 2024 a maio de 2026
Procedimentos de diagnóstico por radiologia	193.726	Janeiro de 2024 a maio de 2026
Testes rápidos	51.668	Janeiro de 2024 a maio de 2026
Exames de ultrassonografia	201	Junho e julho de 2026

Fonte: Estudo Técnico Preliminar de Palmas, item 5.6, Quadro 4, com base na Nota Técnica nº 001/2026 e nas bases e levantamentos municipais indicados no documento.

Esses quantitativos possuem períodos distintos e correspondem a procedimentos e exames, não a usuários únicos. Sua utilização no planejamento respeitará essas diferenças, sem somá-los como medida de pessoas atendidas.

A organização operacional integrará assistência, farmácia, laboratório, diagnóstico por imagem e regulação, assegurando disponibilidade dos serviços previstos, registro dos resultados e comunicação oportuna às equipes.

A continuidade do cuidado também considerará a inserção das unidades na rede municipal e regional, incluindo o recebimento de usuários de outros municípios conforme as referências e os fluxos estabelecidos. Os encaminhamentos serão acompanhados de informações clínicas e registros que favoreçam a continuidade da assistência entre os serviços.

1.4.6. Compreensão das necessidades operacionais

O funcionamento ininterrupto das UPAs Norte e Sul de Palmas, associado ao volume e à diversidade dos atendimentos, exige gestão integrada das equipes, dos ambientes assistenciais, dos insumos e dos serviços de apoio. O diagnóstico apresentado no Estudo Técnico Preliminar destaca o crescimento da demanda, as variações sazonais e a necessidade de preservar a capacidade de resposta das duas unidades.

Para atender a essas necessidades, a proposta do IBSAÚDE contempla:

- **Equipes e escalas:** cobertura dos postos assistenciais e operacionais, conforme o dimensionamento exigido, com acompanhamento da presença, reposição de ausências e passagem de plantão estruturada;
- **Organização dos fluxos:** articulação entre recepção, acolhimento com classificação de risco, atendimento clínico, pediátrico e ortopédico, assistência multiprofissional, procedimentos, estabilização e observação;
- **Abastecimento e assistência farmacêutica:** disponibilidade de medicamentos, materiais e insumos, mediante planejamento das aquisições, controle de estoques, acompanhamento do consumo e definição dos pontos de reposição;
- **Equipamentos e infraestrutura:** manutenção preventiva e corretiva, acompanhamento pela engenharia clínica e adoção de medidas de

contingência, observada a distribuição de responsabilidades estabelecida nos instrumentos da parceria;

- **Apoio diagnóstico e terapêutico:** organização dos exames laboratoriais, radiológicos, ultrassonográficos e eletrocardiográficos previstos, com acompanhamento da execução, dos resultados e das indisponibilidades;
- **Serviços de apoio:** continuidade da higienização, alimentação, fornecimento e processamento de enxoval, processamento de materiais, gases medicinais, gerenciamento de resíduos, vigilância patrimonial e demais serviços necessários;
- **Informação, transporte e regulação:** registros assistenciais completos, funcionamento dos sistemas, disponibilidade do transporte previsto e acompanhamento dos encaminhamentos, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde e a rede de referência.

A organização desses componentes considerará as particularidades de cada unidade e os efeitos dos fluxos da rede sobre a demanda, a permanência dos usuários e a ocupação dos ambientes de observação.

A proposta estabelece responsáveis, rotinas de verificação, registros comprobatórios e medidas de contingência para acompanhar as condições de funcionamento e corrigir situações que possam comprometer a continuidade da assistência.

1.4.7. Complementação do diagnóstico e aplicação no planejamento

Durante a implantação, o IBSAÚDE complementará o diagnóstico das UPAs Norte e Sul mediante análise dos dados atualizados disponibilizados pelo Município, avaliação dos registros assistenciais e verificação presencial das condições de funcionamento.

Serão examinadas a distribuição dos atendimentos por horário, dia da semana, faixa etária, classificação de risco, motivo da procura e desfecho, conforme a disponibilidade e a consistência das informações. Também serão avaliados tempos de espera, permanência em observação, transferências,

evasões, consumo de insumos, cobertura das equipes e indisponibilidades de equipamentos e serviços.

Considerando as limitações de registro e de mensuração apontadas nos documentos técnicos municipais, a análise distinguirá procedimentos, atendimentos, reavaliações e usuários, respeitando os períodos e as regras de contagem de cada base. As lacunas identificadas serão tratadas por meio da padronização dos registros e da pactuação dos critérios de acompanhamento com a Secretaria Municipal de Saúde.

Os resultados orientarão a distribuição dos profissionais, o abastecimento, a manutenção, os fluxos assistenciais, as capacitações e as ações de qualidade, respeitando os requisitos mínimos e as metas estabelecidas para a parceria.

A atualização do diagnóstico integrará as rotinas de monitoramento da proposta, permitindo reconhecer alterações no perfil da demanda, avaliar os resultados das medidas adotadas e ajustar a operação às necessidades das duas unidades.

1.5. DESCRIÇÃO DA INSERÇÃO DAS UNIDADES NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E DE SUA ARTICULAÇÃO COM OS DEMAIS PONTOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

A Unidade de Pronto Atendimento Norte – José de Souza Dourado e a Unidade de Pronto Atendimento Sul – Gerson Pires de Aguiar integram a Rede de Atenção às Urgências de Palmas/TO. Ambas são habilitadas como UPA 24 horas de Porte III, Opção VIII, e asseguram atendimento ininterrupto às demandas espontâneas e referenciadas, com acolhimento, classificação de risco, assistência médica e multiprofissional, estabilização, observação e encaminhamento regulado.

Sua abrangência também compreende fluxos intermunicipais. Conforme o Termo de Referência, a UPA Norte absorve demanda proveniente de Porto Nacional, especialmente de Luzimangues, caracterizada como espontânea, salvo pactuação formal específica. A UPA Sul recebe demanda de municípios

referenciados pela regionalização, incluindo Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia.

A proposta do IBSAÚDE considera essa inserção municipal e regional e organiza a atuação das unidades em articulação com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, a Atenção Primária, o SAMU 192, a Rede de Atenção Psicossocial, os serviços especializados, a vigilância em saúde, a regulação e as referências hospitalares.

1.5.1. Papel das unidades no atendimento às urgências e emergências

As UPAs Norte e Sul atuarão na avaliação e no atendimento das situações agudas, mantendo capacidade para reconhecer a gravidade, iniciar as intervenções necessárias e acompanhar a evolução clínica dos usuários.

O acolhimento com classificação de risco orientará a prioridade assistencial, com reavaliação dos usuários em espera e resposta às alterações de sua condição. A assistência compreenderá os serviços previstos no Termo de Referência, incluindo clínica médica, pediatria, ortopedia, enfermagem, atendimento odontológico de urgência, assistência social e apoio diagnóstico e terapêutico.

A observação será acompanhada de reavaliações e definição do desfecho, respeitando o limite de 24 horas estabelecido no Termo de Referência. Os pacientes que necessitem de atenção hospitalar ou de recursos indisponíveis nas unidades serão encaminhados pela regulação, com manutenção dos cuidados até a transferência.

1.5.2. Articulação com a Secretaria Municipal da Saúde

A execução dos serviços observará as diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas e os instrumentos da parceria, com interlocução permanente sobre funcionamento, acesso, produção, qualidade e continuidade da assistência.

O IBSAÚDE manterá responsáveis identificados para os assuntos assistenciais, administrativos, regulatórios e de informação. As coordenações das

duas unidades comunicarão intercorrências, apresentarão os resultados do acompanhamento e encaminharão situações que dependam de decisão da gestão pública.

A atuação da entidade respeitará as competências municipais de planejamento, coordenação, monitoramento, fiscalização e avaliação, bem como a competência do Complexo Regulador Estadual sobre a regulação do acesso e a definição dos fluxos de referência previstos no Termo de Referência.

1.5.3. Integração com o atendimento pré-hospitalar e o transporte sanitário

A articulação com o SAMU 192 ocorrerá pelos canais institucionais da rede. No recebimento de pacientes, a passagem entre as equipes contemplará identificação, condição clínica, intervenções realizadas e necessidades imediatas, com registro das informações e continuidade dos cuidados.

O IBSAÚDE disponibilizará, por unidade, uma ambulância de suporte básico Tipo B, em funcionamento durante 24 horas, com condutor de veículo de urgência e técnico de enfermagem por plantão, dedicados exclusivamente ao transporte sanitário.

As remoções e transferências observarão a indicação clínica, as condições do paciente e os fluxos e autorizações do Complexo Regulador Estadual. Nos casos que exijam suporte avançado de vida, será acionada a Central de Regulação das Urgências para definição do recurso adequado pelo SAMU 192, com registro do horário, da resposta e das providências adotadas.

1.5.4. Articulação com a Atenção Primária à Saúde

A integração com as Unidades Básicas de Saúde compreenderá o recebimento de usuários encaminhados por situações agudas e a contrarreferência daqueles que necessitem de acompanhamento após a alta.

Os documentos recebidos subsidiarão a avaliação, permitindo conhecer o motivo do encaminhamento, os antecedentes e as condutas anteriores. Na alta,

serão fornecidas orientações e síntese do atendimento, incluindo resultados relevantes, tratamento realizado, recomendações e necessidades de seguimento.

A contrarreferência utilizará os instrumentos e canais institucionais definidos com a Secretaria Municipal da Saúde, conforme o fluxo, o meio de envio e o prazo estabelecidos no item V.2.8 — Contrarreferência e articulação com a Rede de Atenção à Saúde desta proposta.

O acompanhamento das demandas de menor gravidade apoiará o diálogo com a Atenção Primária sobre acesso e continuidade do cuidado, preservando o acolhimento e a avaliação dos usuários que procurarem as UPAs.

1.5.5. Articulação com os serviços especializados e a Rede de Atenção Psicossocial

Os usuários que necessitem de continuidade em serviços especializados serão orientados e encaminhados conforme a avaliação assistencial e os fluxos definidos pela rede.

Nas situações relacionadas à saúde mental e ao uso de álcool e outras drogas, as equipes assegurarão o atendimento inicial e articularão o cuidado com os pontos da Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com a necessidade identificada e a regulação aplicável.

Os encaminhamentos conterão informações suficientes para a continuidade da assistência, incluindo avaliação realizada, intervenções, medicamentos administrados e pendências relevantes.

1.5.6. Integração com a regulação e as referências hospitalares

A necessidade de internação, avaliação hospitalar ou recurso de maior complexidade será encaminhada ao Complexo Regulador Estadual pelos sistemas e canais definidos, com registro do horário da solicitação.

As informações apresentadas compreenderão motivo do encaminhamento, condição clínica, intervenções realizadas, resultados disponíveis e necessidades

de suporte. A equipe acompanhará a solicitação e atualizará os dados sempre que houver mudança relevante.

Após a definição do destino, serão conferidos o serviço receptor, as condições de transporte e a documentação necessária. A transferência será acompanhada de passagem estruturada das informações, assegurando continuidade entre as equipes.

Os procedimentos operacionais serão detalhados nos itens V.1.10 — Transporte sanitário e V.2.8 — Contrarreferência e articulação com a Rede de Atenção à Saúde.

1.5.7. Articulação com a vigilância em saúde e a rede de proteção

As unidades realizarão as notificações e comunicações pertinentes aos atendimentos, com alimentação dos sistemas e articulação com as áreas técnicas da vigilância em saúde, conforme os fluxos estabelecidos.

Situações de violência, vulnerabilidade ou risco social serão acompanhadas pela equipe assistencial e pelo serviço social, com acionamento da rede de proteção e das referências competentes.

As providências considerarão a segurança do usuário, o sigilo das informações e o registro dos encaminhamentos, permitindo acompanhar as medidas sob responsabilidade das unidades.

1.5.8. Compartilhamento das informações e continuidade do cuidado

A integração será sustentada pelo prontuário eletrônico, pelos sistemas de regulação e pelos instrumentos de referência e contrarreferência adotados pela gestão pública.

Os registros deverão permitir identificar o usuário, compreender o atendimento realizado e reconhecer as necessidades de continuidade. O compartilhamento ocorrerá por canais autorizados, com acesso compatível com as atribuições profissionais e proteção das informações pessoais.

O IBSAÚDE acompanhará a completude dos registros, as pendências de informação e a disponibilidade dos sistemas, adotando os procedimentos de contingência previstos para preservar a assistência.

1.5.9. Acompanhamento das interfaces e melhoria da integração

A gestão acompanhará contrarreferências, solicitações regulatórias, transferências, tempos dos processos e dificuldades de comunicação, identificando fatores que prejudiquem a continuidade do cuidado.

Os resultados serão discutidos com os interlocutores municipais e as referências envolvidas. As medidas sob responsabilidade do IBSAÚDE terão responsáveis e prazos definidos; as situações que dependam de decisão da rede serão encaminhadas à instância competente.

A integração será preparada durante a implantação e mantida nas rotinas de gestão das duas unidades. Seu acompanhamento observará os indicadores, as metas internas e a periodicidade de aferição apresentados no item V.2.8, subsidiando os relatórios e o aperfeiçoamento dos fluxos assistenciais.

1.6. PREMISSAS TÉCNICAS E GERENCIAIS ADOTADAS PARA EXECUÇÃO DO OBJETO

A gestão, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde das UPAs Norte e Sul de Palmas serão fundamentadas em premissas que articulam as exigências do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, do Termo de Referência e do Termo de Colaboração com a organização proposta pelo IBSAÚDE.

Essas premissas orientarão as decisões assistenciais, administrativas e operacionais, a distribuição de responsabilidades, a utilização dos recursos e a avaliação dos resultados, considerando as características de cada unidade e sua inserção na Rede de Atenção às Urgências.

1.6.1. Observância das diretrizes públicas e das responsabilidades da parceria

A organização dos serviços seguirá as diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, os protocolos e fluxos aplicáveis e as obrigações estabelecidas nos instrumentos da parceria.

O IBSAÚDE responderá pelas atividades sob sua responsabilidade, mantendo interlocução com a gestão municipal para as decisões que dependam de autorização, providência administrativa ou articulação com a rede. A regulação do acesso e os fluxos de referência observarão as competências do Complexo Regulador Estadual.

As atribuições serão formalizadas no organograma, nos regimentos e nos procedimentos de trabalho, permitindo identificar os responsáveis pela execução, supervisão, autorização e acompanhamento das atividades.

1.6.2. Continuidade do funcionamento e disponibilidade dos serviços essenciais

As UPAs Norte e Sul funcionarão ininterruptamente, durante 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados, com cobertura dos postos e disponibilidade dos serviços previstos no Termo de Referência.

O planejamento contemplará ausências, reposições, oscilações da demanda e contingências. A gestão verificará a cobertura efetiva das escalas, o abastecimento, os equipamentos críticos, os sistemas e os serviços de apoio, adotando providências diante de indisponibilidades.

Essa premissa orientará a transição e permanecerá durante toda a execução da parceria, com medidas destinadas a preservar o atendimento e a segurança dos usuários.

1.6.3. Organização assistencial conforme gravidade e necessidade de cuidado

O acolhimento com classificação de risco orientará a prioridade do atendimento, conforme os protocolos adotados e as diretrizes da rede. Os usuários em espera serão reavaliados diante de alterações clínicas e conforme os procedimentos assistenciais estabelecidos.

As equipes utilizarão protocolos e fluxos para avaliação, tratamento, estabilização, observação e definição do desfecho. As decisões serão registradas em prontuário, respeitando as atribuições profissionais e a capacidade assistencial das unidades.

A necessidade de encaminhamento será identificada oportunamente, com acionamento da regulação e manutenção dos cuidados até a efetiva transferência.

1.6.4. Planejamento baseado na demanda e nas condições operacionais

O planejamento considerará o diagnóstico municipal, a produção histórica disponibilizada e os registros atualizados de cada UPA. Serão analisados volume e distribuição dos atendimentos, classificação de risco, permanência em observação, procedimentos, encaminhamentos e consumo de insumos.

A interpretação respeitará os períodos de referência, as regras de contagem e as limitações das bases, distinguindo procedimentos, atendimentos, reavaliações e usuários.

Os resultados orientarão a distribuição dos recursos e a identificação dos períodos de maior pressão assistencial, preservando o dimensionamento mínimo, a cobertura dos postos e os demais requisitos da parceria.

1.6.5. Qualificação profissional e coordenação das equipes

Os profissionais deverão possuir formação, habilitação e experiência compatíveis com suas funções. A integração inicial abrangerá responsabilidades, protocolos, sistemas, fluxos de comunicação e rotinas de segurança.

As coordenações acompanharão o desempenho, as passagens de plantão, a cobertura das escalas e as necessidades de desenvolvimento das equipes.

A educação permanente será organizada por categoria e área de atuação, com temas, cargas horárias, responsáveis, registros e avaliação de efetividade. Ocorrências, auditorias e resultados assistenciais subsidiarão a atualização das prioridades de capacitação.

1.6.6. Segurança do paciente, humanização e acessibilidade

A segurança do paciente integrará os processos assistenciais e de apoio, mediante identificação dos riscos, aplicação dos protocolos, comunicação entre profissionais e acompanhamento dos incidentes.

O atendimento preservará a dignidade, a privacidade e o direito à informação, com orientações compreensíveis aos usuários e acompanhantes. Serão consideradas as necessidades de comunicação, mobilidade, acompanhamento e apoio social.

As comissões, os núcleos, a ouvidoria e as pesquisas de satisfação contribuirão para identificar dificuldades e aperfeiçoar o atendimento, com registro das providências e avaliação dos resultados.

1.6.7. Integração com a rede e continuidade do cuidado

As unidades atuarão em articulação com a Atenção Primária, o SAMU 192, os serviços especializados, a Rede de Atenção Psicossocial, a vigilância em saúde, a regulação e as referências hospitalares.

Encaminhamentos, contrarreferências e transferências conterão as informações necessárias à continuidade da assistência, com registro das solicitações, atualizações e orientações recebidas.

O transporte sanitário observará as condições clínicas, os recursos exigidos e as autorizações regulatórias pertinentes. Enquanto o usuário permanecer na unidade, serão assegurados acompanhamento e cuidados compatíveis com sua condição, conforme a organização apresentada no item 1.5.

1.6.8. Disponibilidade e uso responsável dos recursos

Medicamentos, materiais, equipamentos e serviços serão planejados conforme as necessidades das duas unidades, com controles de recebimento, armazenamento, validade, consumo, movimentação e reposição.

A utilização dos recursos observará adequação técnica, segurança, prevenção de perdas e continuidade da assistência. Aquisições, locações e manutenções respeitarão as responsabilidades e autorizações estabelecidas nos instrumentos da parceria.

Os serviços executados por terceiros terão responsáveis pelo acompanhamento, critérios de verificação e documentação das entregas, com tratamento das inconformidades identificadas.

1.6.9. Gestão orientada por metas e informações confiáveis

O acompanhamento gerencial utilizará informações verificáveis, vinculadas aos registros de origem e submetidas à conferência de consistência. Serão utilizados os sistemas exigidos pela gestão pública, conforme suas finalidades e regras de acesso.

Cada indicador terá definição, fonte, método de cálculo, periodicidade e responsável. As limitações de apuração serão explicitadas, evitando conclusões incompatíveis com a qualidade dos dados disponíveis.

Desvios em relação às metas serão analisados e tratados por planos de ação, com responsáveis, prazos e verificação da efetividade das medidas adotadas.

1.6.10. Transparência, rastreabilidade e controle da execução

A aplicação dos recursos estará vinculada ao objeto da parceria e será demonstrada por registros financeiros, contábeis e documentos comprobatórios. Os controles permitirão identificar a finalidade, a autorização, a execução e o pagamento das despesas.

A prestação de contas e a divulgação das informações observarão os conteúdos, os formatos e os prazos exigidos, assegurando acesso à fiscalização municipal e aos órgãos competentes.

Os controles internos acompanharão a execução física e financeira, as pendências documentais e as medidas de regularização, favorecendo a correspondência entre recursos utilizados, serviços prestados e resultados apresentados.

1.6.11. Gestão de riscos e melhoria contínua

O IBSAÚDE acompanhará os riscos assistenciais, operacionais, administrativos, financeiros e de informação que possam comprometer a execução do objeto. Os riscos relevantes terão responsáveis, medidas preventivas e procedimentos de resposta.

O acompanhamento abrangerá situações como insuficiência de cobertura profissional, desabastecimento, falhas de equipamentos, interrupções de sistemas e dificuldades de transferência.

Auditorias, indicadores, incidentes e manifestações dos usuários subsidiarão a revisão dos processos. As melhorias serão documentadas, comunicadas às equipes e avaliadas quanto à efetividade, com articulação com a gestão municipal sempre que envolverem decisões ou responsabilidades da rede.

1.7. RESULTADOS GERAIS PRETENDIDOS COM A PROPOSTA

A proposta do IBSAÚDE tem como resultados gerais pretendidos a continuidade da assistência, a qualificação da gestão e o aprimoramento da capacidade de resposta das UPAs Norte e Sul de Palmas, considerando o perfil dos usuários, as necessidades operacionais de cada unidade e sua participação na Rede de Atenção às Urgências.

O alcance desses resultados será acompanhado pelas metas, pelos indicadores e pelos instrumentos de avaliação previstos no Edital, no Termo de Referência, no Termo de Colaboração e nesta proposta. A análise considerará a

execução dos serviços, a consistência dos registros e as condições de funcionamento das duas unidades.

1.7.1. Continuidade da assistência e estabilidade operacional

Assegurar o funcionamento ininterrupto das UPAs Norte e Sul, com cobertura dos postos, disponibilidade dos recursos essenciais e execução regular dos serviços assistenciais e de apoio.

Desde a transição, a organização deverá preservar os atendimentos em andamento, com responsabilidades definidas, escalas conferidas e mecanismos de reposição e contingência disponíveis. O resultado será acompanhado pelos registros de cobertura profissional, interrupções, indisponibilidades e providências adotadas.

1.7.2. Atendimento oportuno e organização dos percursos assistenciais

Proporcionar acolhimento e atendimento conforme a classificação de risco e as necessidades clínicas, com fluxos conhecidos pelas equipes e comunicação entre os setores.

A organização deverá reduzir atrasos evitáveis, favorecer a identificação de agravamentos e assegurar acompanhamento dos usuários em espera, estabilização e observação. A avaliação utilizará os tempos e parâmetros estabelecidos nos instrumentos da parceria, os registros assistenciais e a análise das dificuldades identificadas.

1.7.3. Resolutividade e continuidade do cuidado

Ampliar a capacidade de resolução dos casos compatíveis com o perfil das unidades, mediante integração entre avaliação clínica, assistência multiprofissional e apoio diagnóstico e terapêutico.

Os usuários que necessitem de outros recursos receberão encaminhamento conforme os fluxos da rede, com acompanhamento da solicitação regulatória e manutenção dos cuidados até a transferência. A alta será acompanhada de

orientações compreensíveis e documentação pertinente ao seguimento, permitindo avaliar desfechos, retornos e continuidade da assistência.

1.7.4. Qualidade, segurança e humanização

Consolidar práticas de prevenção de riscos, utilização dos protocolos assistenciais, comunicação segura e acompanhamento dos incidentes.

O atendimento deverá preservar dignidade, privacidade, acessibilidade e compreensão das orientações pelos usuários e acompanhantes. O funcionamento das comissões e dos núcleos, as auditorias, a ouvidoria e as pesquisas de satisfação subsidiarão a avaliação das práticas e a verificação das melhorias implementadas.

1.7.5. Equipes qualificadas e responsabilidades definidas

Manter profissionais habilitados e integrados às rotinas, com atribuições claras, coordenações identificadas e canais de comunicação estabelecidos.

A gestão das escalas, o acompanhamento da frequência, a reposição de ausências e a educação permanente deverão favorecer a regularidade dos serviços e o desenvolvimento das competências necessárias. Os resultados serão verificados pela cobertura efetiva dos postos, pelo desempenho das equipes e pela participação e efetividade das capacitações.

1.7.6. Disponibilidade e utilização eficiente dos recursos

Assegurar medicamentos, materiais, equipamentos e serviços em condições compatíveis com a assistência, mediante planejamento das aquisições, controle de estoques, manutenção e acompanhamento das entregas.

Busca-se prevenir desabastecimentos, reduzir perdas evitáveis e antecipar necessidades de reposição. O acompanhamento utilizará registros de consumo, validade, inventários, manutenção, indisponibilidades e execução dos serviços de apoio, respeitando as responsabilidades previstas na parceria.

1.7.7. Integração com a rede municipal e regional

Fortalecer a comunicação com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, a Atenção Primária, o SAMU 192, a Rede de Atenção Psicossocial, os serviços especializados, a vigilância em saúde, o Complexo Regulador Estadual e as referências hospitalares.

O resultado esperado é maior continuidade das informações e dos cuidados entre os serviços. Sua avaliação considerará os registros de referência e contrarreferência, as solicitações regulatórias, as transferências e o tratamento das dificuldades de articulação, conforme o detalhamento apresentado no item V.2.8 desta proposta.

1.7.8. Informações confiáveis e avaliação dos resultados

Qualificar os registros e a apresentação da produção, com conferência das informações, identificação das fontes e cumprimento dos prazos de alimentação dos sistemas e entrega dos relatórios.

Os dados deverão permitir acompanhar tendências e avaliar as metas, distinguindo procedimentos, atendimentos, reavaliações e usuários conforme a metodologia de cada base. Divergências serão tratadas de forma documentada, e as limitações de apuração serão explicitadas.

1.7.9. Transparência e regularidade da execução da parceria

Demonstrar a aplicação dos recursos e a execução do objeto por meio de documentação organizada, controles financeiros e contábeis, divulgação das informações exigidas e prestação de contas tempestiva.

A gestão pública deverá dispor de elementos verificáveis para monitoramento, fiscalização e avaliação. Pendências e solicitações de complementação serão acompanhadas até sua resolução, com responsáveis definidos e preservação do histórico documental.

1.7.10. Melhoria contínua do desempenho

Estabelecer uma rotina de avaliação dos serviços das duas unidades, utilizando indicadores, auditorias, incidentes e manifestações dos usuários para identificar prioridades de aperfeiçoamento.

As oportunidades de melhoria serão convertidas em ações com responsáveis, prazos e verificação de efetividade. O acompanhamento demonstrará os avanços, as dificuldades e as providências adotadas, em correspondência com as metas da parceria e os compromissos apresentados nesta proposta.

2. PARTE I - ÁREA DE ATIVIDADE

2.1. FLUXOS OPERACIONAIS

A organização dos fluxos operacionais proposta pelo IBSAÚDE visa assegurar a integração entre as atividades assistenciais e de apoio, promovendo a segurança dos usuários e trabalhadores, a continuidade do cuidado e o funcionamento adequado da unidade. Sua estruturação considera a definição de percursos, etapas, responsabilidades e pontos de articulação entre os setores, com medidas para prevenir cruzamentos indevidos, reduzir riscos e garantir a rastreabilidade dos processos.

Nos subitens a seguir, são apresentados os fluxos correspondentes às exigências do edital de Palmas: V.1.1 — Fluxo assistencial do usuário, do acolhimento à alta ou transferência; V.1.2 — Fluxo de materiais esterilizados e roupas; V.1.3 — Fluxo de resíduos de serviços de saúde; e V.1.4 — Fluxo de registros e prontuários, acompanhados de suas descrições operacionais e representações gráficas. Esses fluxos orientarão a implantação das rotinas, a capacitação das equipes e o monitoramento dos processos, observando as características das unidades e as normas técnicas e sanitárias aplicáveis.

V.1.1. FLUXO ASSISTENCIAL DO USUÁRIO

1.1.1. Organização do Acesso e Responsabilidade pelo Cuidado

O percurso assistencial das UPAs Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar, será organizado para reconhecer precocemente a gravidade, oferecer atendimento proporcional ao risco e garantir um desfecho documentado, com continuidade do cuidado. O fluxo funcionará ininterruptamente, 24 horas por dia, nos sete dias da semana, para demanda espontânea e usuários encaminhados pela rede ou pelo atendimento pré-hospitalar móvel.

A prioridade decorrerá da condição clínica, e será revista sempre que houver alteração. Cadastro, ausência de documento ou Cartão Nacional de Saúde, município de residência e dificuldades de comunicação não retardarão o atendimento urgente. A recepção acolherá e identificará; a enfermagem realizará a classificação de risco e os cuidados de sua competência; o médico avaliará, estabelecerá a conduta e decidirá sobre observação, alta ou transferência. Os profissionais de apoio executarão suas atividades articulados à equipe assistencial, sem assumir decisões clínicas fora de suas atribuições.

A direção técnica médica e a responsabilidade técnica de enfermagem supervisionarão a execução deste fluxo, em conjunto com a coordenação de cada UPA. Cada plantão identificará os profissionais responsáveis pela classificação, pelos consultórios, pela estabilização, pela observação e pela interlocução com a regulação, assegurando passagem de responsabilidade entre equipes e cobertura durante os intervalos.

1.1.2. Chegada e Reconhecimento Imediato de Gravidade

O primeiro contato ocorrerá na entrada, pela recepção ou diretamente pela equipe assistencial. Qualquer trabalhador que reconheça sofrimento intenso ou sinais de gravidade acionará imediatamente a enfermagem e o médico. Usuários com comprometimento de via aérea, dificuldade respiratória importante, alteração acentuada da consciência, convulsão em atividade, choque, hemorragia importante

ou parada cardiorrespiratória seguirão diretamente à sala de estabilização. Não aguardarão cadastro, senha, fila ou conclusão do registro de classificação.

No recebimento do SAMU ou de outro serviço pré-hospitalar, a equipe assistencial receberá a passagem do caso, registrará intervenções realizadas e confirmará as necessidades imediatas. O usuário grave terá acesso direto à estabilização; os demais serão acolhidos e classificados. O registro administrativo será concluído em paralelo ou após as medidas urgentes, com identificação provisória segura quando necessário e posterior conciliação do cadastro.

Nos demais casos, a recepção registrará nome, nascimento e demais dados disponíveis, abrirá o episódio assistencial e encaminhará imediatamente à classificação. Serão utilizados pelo menos dois identificadores, conferidos antes de medicamentos, exames, procedimentos e transferência. Número de leito e aparência física não substituirão a identificação. Serão preservados privacidade, acessibilidade, comunicação compreensível e apoio a pessoas com deficiência ou barreiras linguísticas.

1.1.3. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco

Será adotado o Protocolo Institucional de Acolhimento com Classificação de Risco em Cinco Níveis, com as cores, os tempos do e o limite operacional mais protetivo indicado abaixo. A presente proposta define suas regras de funcionamento. A versão controlada, seus discriminadores e sua integração ao protocolo municipal serão submetidos à direção técnica, à responsabilidade técnica de enfermagem e ao alinhamento com a SEMUS antes da operação. Não se presume licença ou certificação de protocolo proprietário.

A classificação será executada por enfermeiro capacitado especificamente no protocolo, em sala própria, com privacidade e equipamentos adequados, sem atividades simultâneas. O dimensionamento observará a Resolução Cofen nº 661/2021: média de quatro minutos por classificação e limite de quinze classificações por hora por enfermeiro. A coordenação abrirá posições adicionais conforme a demanda, utilizando as três salas da UPA Norte e as quatro da UPA Sul

e providenciando cobertura suficiente; a existência física de salas não será tomada como prova de capacidade de atendimento.

A avaliação partirá da queixa e dos sintomas e registrará início e evolução, sinais vitais pertinentes, intensidade da dor, consciência, sinais de alarme e condições de vulnerabilidade, incluindo particularidades pediátricas, obstétricas e de saúde mental. Glicemia, oximetria e outros parâmetros serão verificados conforme indicação. A classificação não substituirá diagnóstico médico. Achados conflitantes serão resolvidos pela prioridade mais elevada até avaliação clínica.

Prioridade	Tempo por UPA	Encaminhamento e regra operacional
Vermelha emergência	Imediato;	Médico e equipe na estabilização imediatamente.
Laranja muito urgente	Até 10 minutos	Avaliação médica prioritária em área assistencial supervisionada; estabilização se houver instabilidade.
Amarela urgente	Até 60 minutos	Fila prioritária com vigilância e reavaliação durante a espera.
Verde pouco urgente	Até 120 minutos	Atendimento médico por prioridade e acompanhamento da espera.
Azul não urgente	Até 120 minutos	Limite operacional institucional de 120 minutos para o primeiro atendimento médico, em observância à Resolução CFM nº 2.079/2014.

A aferição contratual do IN 2.1 contará do registro da classificação ao registro do primeiro atendimento médico, separadamente por cor. Também serão registrados chegada e início da classificação para identificar demora anterior a esse marco. A meta percentual contratual não constitui autorização para atrasar o atendimento dos demais usuários.

Para o azul, a assistência seguirá o limite de 120 minutos. O usuário classificado como verde ou azul não será dispensado ou encaminhado à APS sem avaliação médica.

1.1.4. Espera Assistida e Atendimento Médico

Após a classificação, o enfermeiro informará a prioridade, o local de espera e como comunicar piora, em linguagem compreensível. A organização física e a chamada preservarão o sigilo. Suspeitas de doença transmissível terão precauções e encaminhamento a ambiente apropriado desde o primeiro contato, conforme a forma de transmissão e a avaliação da equipe, sem aguardar a consulta para instituir as medidas de proteção.

A equipe de enfermagem manterá vigilância sobre a espera. Como rotina institucional proposta, os usuários laranja serão reavaliados em até dez minutos enquanto não atendidos; os amarelos, em até trinta minutos; e os verdes e azuis, em até sessenta minutos. São intervalos máximos de vigilância propostos, que serão reduzidos conforme a condição clínica e não ampliam o prazo para atendimento médico. Qualquer piora, nova queixa relevante ou sinal de alarme exigirá reavaliação imediata, atualização da prioridade e acionamento do médico. O horário original da primeira classificação será preservado para auditoria.

O painel de fila sinalizará aproximação dos tempos-alvo. O enfermeiro comunicará o risco de atraso ao médico de referência e à coordenação, que redistribuirão a capacidade de atendimento com preservação das equipes das áreas críticas. Ausência de resposta ao chamado motivará busca na área de espera e registro das tentativas; não será registrada alta automática. A saída antes da avaliação será identificada como abandono ou evasão, conforme o momento e a rotina institucional, com avaliação dos riscos e medidas de proteção cabíveis.

Na consulta, o médico confirmará a identificação, avaliará o quadro e definirá hipóteses, exames e tratamento. Poderá solicitar apoio da pediatria, ortopedia ou de outros profissionais disponíveis, de acordo com a necessidade. A assistência odontológica de urgência seguirá avaliação do cirurgião-dentista, mantendo acesso médico imediato diante de repercussão sistêmica ou instabilidade. A ausência momentânea de especialista não suspenderá a avaliação inicial nem as medidas urgentes pelo médico do plantão.

1.1.4.1. Decisões após a avaliação inicial

O médico definirá e registrará uma das seguintes condutas: resolução com alta; realização de medicamentos, procedimentos ou exames seguida de reavaliação; admissão em observação; atendimento na estabilização; ou transferência regulada. A indicação de recurso não disponível ou de internação hospitalar determinará acionamento da regulação desde sua identificação, sem esperar completar o período de observação.

Enfermagem, farmácia e apoio diagnóstico executarão prescrições e solicitações, conferindo identificação e alergias e comunicando resultados críticos imediatamente ao médico. Após tratamento ou liberação de exames, haverá reavaliação médica para decisão de destino; a simples conclusão da medicação ou de um exame não encerrará o atendimento. Deterioração em qualquer setor acionará a estabilização.

A saúde mental será acolhida com avaliação de risco clínico, de autoagressão e de violência, em ambiente protegido, com medidas proporcionais, equipe capacitada e apoio da rede. Gestantes, crianças e pessoas em situação de violência terão abordagem específica e encaminhamento segundo a necessidade, sem presumir capacidade hospitalar ou obstétrica da UPA.

1.1.5. Funcionamento da Sala de Estabilização

1.1.5.1. Admissão e atuação da equipe

A estabilização receberá usuários com ameaça imediata à vida, instabilidade ou necessidade de intervenção e vigilância contínuas. Incluem-se, como exemplos de acionamento, parada cardiorrespiratória, insuficiência respiratória grave, choque, alteração importante da consciência, convulsão persistente, arritmia com instabilidade, trauma grave e hemorragia relevante. Suspeitas de condições tempo dependentes, como síndrome coronariana, acidente vascular cerebral e sepse, serão reconhecidas e encaminhadas conforme gravidade e protocolos clínicos específicos. A enumeração não esgota os critérios nem substitui a avaliação profissional.

A equipe realizará avaliação primária sistematizada, suporte às funções vitais, monitorização e intervenções prescritas, com registro dos horários e da resposta. O médico conduzirá a assistência e definirá a necessidade de transferência; o enfermeiro coordenará os cuidados de enfermagem, distribuirá atividades e avaliará o paciente; os técnicos executarão os cuidados delegados sob supervisão, incluindo preparo de materiais, monitorização e registros. Farmácia, laboratório, radiologia e demais apoios serão acionados conforme necessidade.

A sala contará com médico exclusivo no setor e equipe de enfermagem designada continuamente, sem dependência de retirada de profissionais que deixe outro setor descoberto. Na escala médica será observada a relação de um médico para cada dois leitos de estabilização, prevista na Resolução CFM nº 2.079/2014. Com os seis leitos vermelhos da UPA Norte e os quatro da UPA Sul simultaneamente operacionais, a referência corresponde, respectivamente, a três e dois médicos no local. A distribuição dos postos entre estabilização, observação e primeiro atendimento constará da escala, com ajuste à demanda e sem dupla contagem de cobertura simultânea.

1.1.5.2. Segurança e destino do usuário crítico

A cada início de plantão e após uso, a enfermagem verificará carro de emergência, desfibrilador, monitorização, oxigênio, aspiração, ventilação, medicamentos e materiais, com apoio técnico para correção das falhas. Equipamentos pediátricos e doses ajustadas serão assegurados. O médico permanecerá responsável pela avaliação contínua e pelas decisões, com assistência de enfermagem contínua e registro de cada intervenção e alteração relevante.

O setor terá finalidade de estabilização e encaminhamento. Será observado o referencial de até quatro horas na sala previsto na Resolução CFM nº 2.079/2014. Necessidade de ventilação invasiva ou suporte hospitalar intensivo determinará transferência imediata pela regulação após as medidas iniciais possíveis. A falta de vaga não interromperá o suporte à vida: exigirá

escalonamento urgente, sem considerar a UPA substituta de UTI ou local de internação.

1.1.6. Regulação e Transferência Segura

O médico assistente registrará a indicação e o horário da decisão de transferência, o quadro clínico, a hipótese diagnóstica, os recursos necessários e os cuidados em curso. A solicitação será inserida no Complexo Regulador Estadual pelo sistema oficial indicado pela gestão, com apoio operacional da equipe designada e interlocução clínica direta entre médico assistente e médico regulador. Não se presumirá que o SISREG seja o sistema estadual utilizado para esse fluxo.

O acionamento será imediato nos casos graves ou tempo dependentes. Para o IN 2.3, será monitorado o intervalo entre decisão médica e registro da solicitação, com meta média igual ou inferior a sessenta minutos. Esse parâmetro de desempenho não justifica aguardar sessenta minutos para solicitar uma vaga. Horários da decisão, inserção, contatos, autorização e saída serão registrados separadamente.

Durante a espera, a equipe manterá tratamento, monitorização, reavaliações e atualização clínica no sistema, comunicando agravamento à regulação. Ausência de vaga, demora incompatível com a gravidade, ventilação invasiva, superlotação ou falha do fluxo serão comunicadas imediatamente ao diretor técnico e à coordenação, com acionamento da SEMUS e da regulação conforme a situação. A solicitação de vaga zero será apreciada pelo médico regulador, a quem compete essa decisão excepcional; não haverá transferência unilateral sem articulação regulatória.

Antes da remoção, o médico verificará a condição para transporte e indicará suporte, veículo e equipe compatíveis. A ambulância Tipo B de cada UPA, com condutor e técnico de enfermagem dedicados, será utilizada apenas para casos compatíveis com suporte básico, conforme a avaliação médica. Casos que exijam suporte avançado serão articulados com o SAMU 192 e sua Central de Regulação.

A indisponibilidade de transporte adequado será escalonada, mantendo-se a assistência até a saída segura.

A transferência incluirá identificação do destino e do aceite ou orientação regulatória, resumo clínico assinado, exames e resultados disponíveis, prescrições, alergias, procedimentos, dispositivos e necessidades de isolamento. Médico e enfermagem realizarão a passagem do cuidado aos profissionais do transporte e ao serviço receptor, com registro de nomes, horários e condições de saída. O usuário e seu acompanhante receberão explicação sobre o motivo e o destino. Documentação e resultados pendentes serão acompanhados e encaminhados por canal institucional seguro.

1.1.7. Funcionamento da Área de Observação

A admissão será definida pelo médico para usuário que necessite tratamento, acompanhamento da resposta ou elucidação diagnóstica por período limitado, em condição compatível com os recursos da UPA. A indicação conterá motivo, horário de entrada, problemas ativos, prescrição, exames pendentes, nível de vigilância e critérios previstos para alta ou transferência. Instabilidade que demande medidas imediatas direcionará à estabilização; necessidade já reconhecida de internação acionará a regulação, ainda que o usuário aguarde em área assistencial da UPA.

A distribuição respeitará perfil adulto ou pediátrico, privacidade, necessidades de isolamento e acessibilidade. Serão assegurados cuidados de enfermagem, medicamentos prescritos, higiene, hidratação, alimentação compatível com a condição clínica e assistência interdisciplinar. Será garantido acompanhante aos públicos previstos na legislação, com orientação e medidas de segurança.

1.1.7.1. Reavaliação e permanência

A vigilância será individualizada, com o seguinte padrão institucional proposto, que poderá ser intensificado por decisão médica ou de enfermagem. Os intervalos abaixo são compromissos operacionais desta proposta.

Situação na observação	Reavaliação médica	Enfermagem e monitorização
Usuário estável em elucidação ou resposta terapêutica	Na admissão; no máximo a cada 4 horas; após exames ou tratamento relevante; antes do desfecho	Avaliação do enfermeiro na admissão e no máximo a cada 2 horas; sinais vitais e cuidados ao menos a cada 2 horas ou em intervalo menor prescrito
Usuário com potencial de agravamento compatível com a observação	Na admissão e no máximo a cada 1 hora, além de qualquer alteração	Vigilância contínua pela equipe; reavaliação do enfermeiro e registros no máximo a cada 30 minutos; monitorização conforme necessidade
Piora clínica ou novo sinal de alarme	Imediata; decidir estabilização e necessidade de transferência	Acionamento imediato do médico e enfermeiro; suporte inicial e deslocamento acompanhado à estabilização
Todo usuário	Reavaliar na passagem do plantão e diante de intercorrência, sem reiniciar a contagem da permanência	Passagem estruturada entre equipes com conferência de identificação, prescrição, riscos, dispositivos e pendências

A reavaliação registrará evolução dos sintomas, sinais vitais pertinentes, resposta ao tratamento, resultados, necessidade de manter observação e destino provável. Não se aguardarão os intervalos previstos quando houver alteração. A equipe médica responsável pelos usuários em observação será identificada em cada turno; a cobertura desse setor será considerada separadamente dos consultórios e da dedicação à estabilização.

A permanência em observação será limitada a vinte e quatro horas. Como controles institucionais, haverá revisão de pendências e plano de desfecho até doze horas e escalonamento à coordenação até dezoito horas quando houver risco de ultrapassar o limite. A transferência será solicitada antes desses marcos sempre que indicada; os alertas não constituem autorização para postergá-la. Mudança de leito ou turno não reiniciará o relógio.

Ao atingir vinte e quatro horas sem condições de alta, o caso será tratado como necessidade de encaminhamento hospitalar e ocorrência de permanência excedida, com atuação da direção técnica e da regulação, continuidade dos cuidados e documentação das causas. A indisponibilidade de vaga será demonstrada por solicitações, contatos e atualizações, individualizada nos relatórios. Não haverá alta insegura nem internação formal na UPA para encerrar artificialmente a contagem.

1.1.8. Alta e Continuidade do Cuidado

A alta dependerá de avaliação e registro médico, com estabilidade compatível, resposta satisfatória e possibilidade de continuidade do cuidado. O médico fornecerá resumo, prescrição, orientações de retorno, sinais de alarme e encaminhamento à APS ou especialidade quando indicado. A enfermagem reforçará as orientações, verificará compreensão e cuidados necessários; farmácia e serviço social apoiarão adesão e barreiras identificadas. Resultados pendentes terão responsável e forma de acompanhamento definidos. O desfecho e seu horário serão registrados no episódio correto, sem confundir encaminhamento ambulatorial com transferência hospitalar.

1.1.9. Óbito e demais Encerramentos

Em caso de deterioração, a equipe acionará imediatamente as medidas de emergência indicadas. Se ocorrer óbito, caberá ao médico constatá-lo e registrar horário, contexto, medidas realizadas e informações clínicas. A emissão da Declaração de Óbito seguirá a responsabilidade médica e a natureza da morte, conforme a Resolução CFM nº 1.779/2005; suspeita de causa externa seguirá o fluxo médico-legal, e situações de causa natural sem esclarecimento seguirão a referência competente, quando aplicável, sem emissão indevida para substituir a investigação necessária.

A enfermagem realizará identificação e cuidados com o corpo conforme as precauções e orientações médico-legais, preservará pertences e registrará sua

entrega. Médico e equipe de apoio acolherão a família em ambiente reservado. Serão documentados os encaminhamentos, o serviço responsável pela remoção e as notificações pertinentes. O registro de óbito encerrará o episódio com horário real e não será substituído por alta ou transferência.

Recusa de tratamento, saída a pedido e evasão terão registros próprios, com avaliação médica sempre que possível, informação sobre riscos, tentativas de contato e medidas de proteção cabíveis. Situações de incapacidade, risco relevante ou proteção de crianças e pessoas vulneráveis terão abordagem da equipe responsável. Esses eventos não serão usados para registrar altas assistenciais inexistentes.

1.1.10. Registros e Controle da Execução

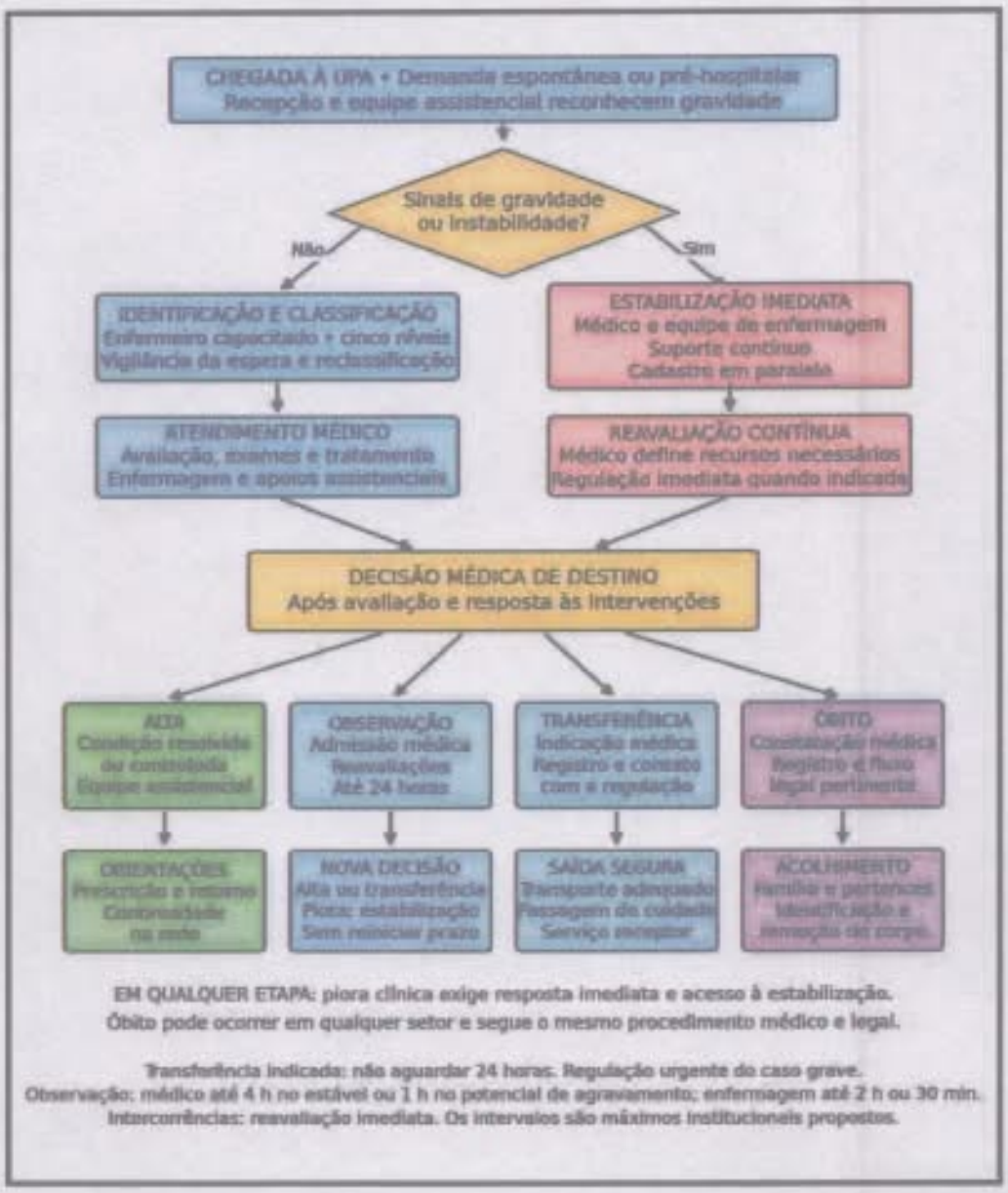
O prontuário identificará profissional, data e hora em cada etapa: chegada; classificação e reclassificações; primeiro atendimento médico; prescrições e execução; exames e comunicação de resultados críticos; entrada e reavaliações na observação; decisão e solicitação de transferência; contatos regulatórios; saída e desfecho. Os registros de enfermagem observarão o Processo de Enfermagem da Resolução Cofen nº 736/2024. Em indisponibilidade do sistema, será utilizado formulário de contingência identificado e assinado, com incorporação posterior e preservação dos horários originais, conforme o projeto de TI.

A coordenação acompanhará, por UPA, a fila, a ocupação, os usuários críticos, as permanências e as solicitações de transferência. Mensalmente, validará o IN 2.1 por cor, o IN 2.2 em seus três componentes e o IN 2.3. No IN 2.2, serão mantidos os grupos do Anexo II deste edital: sem exames, média até duas horas; com exames, média até seis horas; e observação, média até vinte e quatro horas. Usuários admitidos em observação não integrarão novamente os componentes sem e com exames. Os limites clínicos de permanência serão tratados individualmente, ainda que o indicador contratual utilize média.

A direção técnica, a enfermagem e o Núcleo de Segurança do Paciente revisarão atrasos, deterioração durante a espera, permanências excedidas, falhas

de transferência e retornos precoces. As medidas corretivas terão responsável, prazo e verificação de resultado. A capacitação inicial e continuada, articulada à IBEscola, abordará classificação, emergências, comunicação, registros e passagem do cuidado. O fluxo será revisado anualmente e sempre que houver alteração normativa, da rede ou evidência de falha.

Percurso assistencial e decisões de destino



Aplicável às duas UPAs. A gravidade determina o acesso direto à estabilização. A observação compreende reavaliação e nova decisão de destino; a necessidade de transferência aciona a regulação desde sua identificação.

V.1.2. FLUXO UNIDIRECIONAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS E DE ROUPAS

1.2.1. Objetivo e Organização dos Fluxos

Nas UPAs Norte e Sul o processamento de materiais e de roupas seguirá etapas sequenciais, desde o recebimento dos itens sujos até a guarda e a distribuição dos itens processados. A organização dos ambientes, das atividades e dos meios de acondicionamento e transporte assegurará a unidirecionalidade dos fluxos, prevenindo cruzamentos e contaminação entre itens sujos e limpos.O objetivo é impedir a contaminação cruzada e assegurar disponibilidade, qualidade e rastreabilidade dos produtos utilizados na assistência.

O fluxo de materiais abrangerá expurgo, limpeza, inspeção, preparo, esterilização, liberação, guarda e distribuição. O fluxo de roupas compreenderá coleta na área assistencial, acondicionamento, retirada e processamento em lavanderia externa licenciada, retorno protegido, guarda e distribuição do enxoval limpo. Roupas limpas não serão denominadas estéreis: quando algum produto têxtil exigir esterilidade para sua finalidade, seguirá processamento específico e validado na CME ou em empresa habilitada.

As regras comuns serão aplicadas separadamente em cada UPA, com identificação do CNES, origem, destino, responsáveis e lotes locais. Não se presume centralização do processamento entre as duas unidades. Os fluxos integrarão os regimentos V.1.5 e V.1.6 e a organização dos serviços de apoio V.2.7, com registros vinculados ao projeto de informação V.1.8 quando informatizados.

A presente proposta descreve o processo a implantar. A classe da CME, a compatibilidade dos produtos, as barreiras, portas, pontos de entrega e trajetos serão conferidos no levantamento técnico da transição e documentados em roteiro local por unidade.

1.2.2. Responsabilidades e Prevenção de Cruzamentos

O responsável técnico de Enfermagem e o profissional responsável pela CME supervisionarão o processamento de materiais, a habilitação da equipe, a definição dos POPs, a rastreabilidade e a liberação das cargas. A liderança de enfermagem organizará coleta e recebimento nas áreas assistenciais. A gestão administrativa acompanhará lavanderia, transporte, contratos e disponibilidade de enxoval; os responsáveis por controle de infecção e segurança do paciente apoiarão avaliação dos riscos e não conformidades.

Os profissionais terão atribuições formalizadas, capacitação inicial e periódica, vestimenta e equipamentos de proteção adequados à atividade. Luvas e demais equipamentos usados na área contaminada não circularão na área limpa. A transição dos trabalhadores observará retirada dos equipamentos contaminados, higienização das mãos e paramentação correspondente à atividade seguinte.

O material usado ingressará exclusivamente no ponto de recepção do expurgo; o esterilizado sairá pelo ponto de distribuição da área limpa. Não haverá compartilhamento de bancada, pia, armário ou recipiente entre materiais sujos e processados. Recipientes e carros serão identificados por finalidade e submetidos à limpeza e desinfecção conforme POP, sem reutilização de equipamento contaminado para transporte limpo.

A separação da CME atenderá à sua classificação: no Classe I, no mínimo barreira técnica efetiva entre recepção/limpeza e áreas limpas; no Classe II, separação física obrigatória da recepção/limpeza das demais áreas. A proposta adotará separação física sempre que exigida pelo enquadramento e pela configuração do serviço, sem utilizar sinalização ou simples alternância de horários como substitutas de barreiras físicas obrigatórias.

Na circulação logística, as rotas suja e limpa terão origem, destino e pontos de entrega distintos e serão verificadas no roteiro local, impedindo encontro de cargas abertas ou transferência de sujidade. Embalagem fechada e programação de coleta serão controles complementares; não dispensarão separação de ambientes e condições sanitárias. Qualquer limitação que inviabilize fluxo seguro

será comunicada à gestão e à SEMUS para providência e ativação da alternativa regularizada, preservando a assistência.

1.2.3. Fluxo de Materiais: do Expurgo à Distribuição

1.2.3.1. Recepção e conferência no expurgo — área suja

Após o uso, os produtos passíveis de processamento serão segregados dos resíduos e dos itens cujo reprocessamento seja proibido. A equipe evitará ressecamento de sujidade segundo as instruções do fabricante, acondicionando os produtos em recipientes rígidos, fechados, identificados, resistentes e compatíveis com o risco. O transporte até o expurgo ocorrerá pelo circuito sujo, sem passagem pelo armazenamento ou distribuição de esterilizados.

No expurgo serão conferidos e registrados unidade e área de origem, horário, quantidade e identificação dos conjuntos, integridade aparente, ocorrência de falta ou dano e profissionais que entregam e recebem. Perfurocortantes descartáveis serão destinados ao coletor próprio; não seguirão soltos junto aos instrumentais. Produtos não processáveis ou incompatíveis com a capacidade instalada serão segregados e encaminhados conforme sua destinação autorizada.

1.2.3.2. Limpeza e enxágue — área suja

A equipe realizará abertura e desmontagem quando indicadas, limpeza manual, uso de detergente regularizado, fricção e irrigação necessárias e enxágue com qualidade de água adequada. Serão seguidas instruções dos fabricantes quanto a produto, diluição, tempo, acessórios e equipamento, sem adoção de parâmetros universais sem validação.

Os controles incluirão execução do POP, condição dos acessórios, funcionamento dos equipamentos e avaliação da eficácia da limpeza conforme tipo de produto e classe da CME. Produtos com sujidade residual não avançarão para preparo. A limpeza antecederá qualquer desinfecção ou esterilização.

1.2.3.3. Transferência para a área limpa, secagem e inspeção

Concluída a limpeza, o produto seguirá por transferência controlada à etapa limpa, com secagem, inspeção de limpeza, integridade e funcionalidade. Será utilizada iluminação e magnificação adequadas ao produto e à norma aplicável. Não haverá contato com a bancada de recebimento sujo ou com luvas e acessórios contaminados.

Sujidade residual identificada na inspeção implicará segregação e retorno ao processo de limpeza por circuito de reprocessamento definido, sem circular pelo estoque esterilizado. Itens danificados serão separados para avaliação, manutenção ou descarte, evitando inclusão no conjunto pronto.

1.2.3.4. Preparo, embalagem e identificação — área limpa

Os produtos serão montados e acondicionados em embalagem regularizada e compatível com o método, com inspeção da selagem, identificação legível e organização da carga. Cada pacote será vinculado ao lote/ciclo, conteúdo, equipamento, data de processamento, responsável e data limite de uso definida pela instituição.

O prazo de uso não será fixado como número universal de dias: decorrerá do sistema de embalagem, instruções aplicáveis e avaliação institucional dos eventos que possam comprometer a barreira, considerando manuseio, transporte e armazenamento. O estoque seguirá primeiro vencimento, primeira saída, sem sobreposição a critérios de integridade.

1.2.3.5. Esterilização e avaliação da carga

A esterilização a vapor será utilizada para produtos compatíveis, em autoclave qualificada e mantida, com carga e ciclo conforme validação e fabricante. Produtos termossensíveis ou incompatíveis com a tecnologia disponível somente serão processados em serviço apto, com método autorizado. Não serão utilizadas estufas como alternativa de esterilização.

Cada carga será identificada e monitorada. Após o ciclo, os pacotes permanecerão em condição protegida para resfriamento e avaliação, sem manipulação prematura, contato com área suja ou liberação apenas pela mudança de cor do indicador externo.

A liberação será realizada por profissional designado, após conferência dos parâmetros e resultados aplicáveis, secagem e integridade das embalagens e rastreabilidade. Cargas com indicador biológico em avaliação permanecerão segregadas até resultado satisfatório, como critério operacional da proposta. Para implantáveis eventualmente incluídos no escopo autorizado, será observado indicador biológico por carga e liberação apenas com leitura negativa.

1.2.3.6. Guarda e distribuição — área limpa de material liberado

Os produtos liberados serão encaminhados ao armazenamento exclusivo, limpo, seco, protegido e de acesso restrito. Prateleiras e armários serão laváveis, não porosos e organizados para impedir danos às embalagens, proximidade com umidade e exposição a respingos. Não haverá guarda em circulação, expurgo, área de resíduos ou junto à roupa suja.

A distribuição ocorrerá por saída limpa, em carro ou recipiente exclusivo, fechado e identificado, até o ponto de guarda limpa da área assistencial. Na entrega serão conferidos lote, conteúdo, prazo, integridade, destinatário e quantidade. O produto usado não retornará por essa saída: após uso, ingressará novamente pelo circuito sujo.

Pacote aberto, úmido, rasgado, com selagem comprometida, identificação ilegível ou outra condição que impeça comprovar segurança será bloqueado. Devoluções não usadas terão inspeção e registro; apenas pacotes com condição validada poderão retornar ao estoque. A dúvida sobre integridade determinará segregação, e não liberação automática.

1.2.4. Locais de Guarda, Rastreabilidade e Monitoramento

Guarda e Segregação dos Materiais

Situação	Local previsto em cada UPA	Controle
Material usado recebido	Recepção do expurgo, em área suja identificada	Recipiente fechado, conferência e registro de origem
Material limpo em preparo	Área limpa de inspeção, preparo e embalagem	Separação do sujo e proteção contra recontaminação
Carga após ciclo, ainda não liberada	Ponto segregado de resfriamento e avaliação, na área limpa	Identificação de quarentena e proibição de distribuição
Material esterilizado liberado	Armazenamento exclusivo da CME e pontos limpos autorizados	Acesso restrito, integridade, prazo e lote
Material não conforme/devolvido	Ponto identificado e separado do estoque liberado	Bloqueio, registro, decisão e destino por circuito definido

O sistema de rastreabilidade poderá ser eletrônico ou manual controlado. Vinculará recebimento, produto/conjunto, limpeza, preparo, pacote, equipamento, programa, ciclo/lote, operador, monitoramento, liberação, área destinatária e utilização. No ponto de uso, a identificação do lote será registrada no prontuário ou documento assistencial do procedimento, permitindo relacionar o usuário ao material utilizado, nos produtos abrangidos pelo rastreamento.

O identificador distinguirá unidade e equipamento. Exemplo de estrutura a adotar: NORTE–CME–AAAAMMDD–, correspondente a unidade, equipamento, data, ciclo e pacote; trata-se de modelo, sem indicar carga já realizada. A chave estará reproduzida nos registros e na etiqueta de modo que permita busca nos dois sentidos: do lote aos destinos/usuários e do procedimento ao ciclo.

Monitoramento da Esterilização e Equipamentos

Controle	Frequência/condição	Registro e decisão
Parâmetros físicos	Em cada ciclo	Tempo, temperatura, pressão e demais parâmetros do equipamento; avaliar antes de liberar
Indicador químico em pacote-desafio	Em cada carga, com integrador classe 5 ou emulador classe 6, conforme rotina validada	Resultado vinculado à carga; reprovação implica bloqueio e investigação
Indicador biológico	Diariamente, no ponto de maior desafio validado; em cada carga de implantáveis, quando aplicável	Incubação, resultado, lote do indicador e controle conforme fabricante; carga monitorada aguardará leitura
Qualificações e calibrações	Periodicidade mínima anual nos equipamentos e instrumentos abrangidos, conforme RDC nº 15/2012	Laudos de instalação, operação e desempenho/calibração e identificação do equipamento
Requalificação por evento	Mudança de local, mau funcionamento, reparo em partes ou suspeita de falha, conforme norma	Avaliação técnica e evidência de liberação antes da retomada

Os registros conterão também manutenção, desvios, decisões, responsáveis e destino dos lotes. Serão guardados por pelo menos cinco anos na ausência de prazo específico maior, sem reduzir o prazo de preservação de registros incorporados ao prontuário ou sujeitos a outra obrigação de guarda.

Diante de falha, o responsável interromperá a liberação, segregará a carga, identificará os lotes potencialmente afetados, comunicará as lideranças e acionará recolhimento das unidades destinatárias. Havendo utilização, serão identificados procedimentos e usuários e realizada avaliação assistencial e de risco com controle de infecção e segurança do paciente, com notificações cabíveis. A retomada dependerá de investigação, correção, testes e liberação documentada.

1.2.5. Fluxo de Roupas: da Coleta à Distribuição Limpa

1.2.5.1. Retirada e acondicionamento na área geradora

A roupa usada será retirada no local da assistência com mínima agitação, sem sacudir, apoiar no chão ou efetuar triagem sobre leitos. A equipe verificará

visualmente a presença de objetos no momento seguro de retirada, sem introduzir as mãos em sacos ou manipular roupa suja para contagem. Perfurocortantes e resíduos não deverão ser encaminhados com o enxoval.

A roupa será acondicionada em sacos resistentes e compatíveis com o conteúdo, fechados sem excesso de enchimento e identificados com a unidade de origem. Havendo risco de extravasamento, será utilizada contenção adequada. Roupa suja não será armazenada em rouparia limpa ou transportada junto de material esterilizado.

1.2.5.2. Coleta interna, guarda temporária suja e retirada externa

A coleta ocorrerá em carro fechado, identificado e exclusivo para roupa suja, pelo circuito de retirada definido para cada UPA. O carro será encaminhado ao ponto de guarda temporária da roupa suja, separado de rouparia limpa e CME, para retirada pela lavanderia. A programação de coleta será compatível com geração e capacidade de guarda, com coleta adicional diante de saturação.

A movimentação suja será registrada por pesagem; unidade, data/hora, transportador e destino. É vedada a quantificação por contagem da roupa suja. O envio não dependerá da abertura de sacos para inventário de peças na área assistencial. Sacos e veículos seguirão regras de limpeza, descarte ou processamento aplicáveis.

1.2.5.3. Recebimento e processamento na lavanderia licenciada

A lavanderia receberá os volumes pela entrada suja, com registro e pesagem, realizando separação e classificação no ambiente próprio. A lavagem seguirá programa validado para o tipo de tecido e sujidade, com controle de dosagem, tempo, temperatura e ação mecânica conforme o processo e os produtos saneantes regularizados.

A separação física entre áreas suja e limpa e a lavadora de barreira com acessos opostos impedirão a passagem de roupa contaminada para o acabamento. A roupa entrará pela face suja e sairá lavada na face limpa; o

trabalhador e os utensílios do circuito sujo não transitarão diretamente para a área limpa sem os procedimentos e barreiras definidos.

Secagem, calandragem/passadoria quando pertinentes, inspeção, dobra e embalagem ocorrerão na área limpa. Roupa com sujidade remanescente, umidade indevida ou dano será segregada e encaminhada à correção por circuito específico. Não será misturada ao lote aprovado.

1.2.5.4. Retorno limpo, recebimento, guarda e distribuição

A roupa limpa retornará protegida, embalada e identificada, em carro e veículo destinados ao transporte de roupas, com separação efetiva de cargas sujas. A proposta adotará circuitos/equipamentos identificados para sujo e limpo; transporte simultâneo em veículo somente será admitido com compartimentos fisicamente separados, acessos independentes e identificação, conforme a RDC nº 6/2012.

No recebimento limpo da UPA serão conferidos identificação da remessa, quantidade de peças limpas, condições de higiene, secagem, integridade e correspondência com a entrega. Recusa ou divergência será registrada e comunicada à lavanderia, com reposição e análise da causa.

O enxoval aprovado seguirá à rouparia limpa, em armários ou prateleiras protegidos, em ambiente seco, limpo e separado dos pontos sujos e de resíduos. A distribuição às áreas assistenciais ocorrerá em carro limpo, fechado e exclusivo, sem passagem pelo ponto de roupa suja. Após o uso, a peça ingressará no circuito de coleta suja, sem retornar diretamente ao armário limpo.

Controles do Enxoval

Etapa	Identificação/registro	Verificação
Saída suja	CNES, data, peso, volumes fechados, transportador e destino	Integridade do acondicionamento e ausência de contagem de roupa suja
Processamento externo	Remessa/lote, programa, controles de processo, operador e não conformidades	Separação sujo/limpo e evidências da lavanderia
Entrega limpa	Remessa, data, tipo e quantidade de peças, transportador e responsável pelo recebimento	Higiene, secagem, embalagem, integridade e conciliação
Guarda e distribuição	Estoque limpo, reposição, área destinatária, perdas e peças segregadas	Reserva operacional e disponibilidade por turno
Qualificação do prestador	Contrato, licença, avaliação técnica, transportes e contingência	Verificação antes do início, acompanhamento e reavaliação por risco

A lavanderia e a instituição definirão a vinculação entre remessa suja, lote processado e entrega limpa. A rastreabilidade de roupas não será confundida com a rastreabilidade de esterilização: o enxoval rotineiro é processado para limpeza e desinfecção conforme sua finalidade, sem exigência genérica de esterilidade.

1.2.6. Capacidade, Contingência e Terceirização

A gestão dimensionará estoque de conjuntos esterilizados e enxoval conforme demanda, tempo total de processamento, ocupação, circulação entre turnos e reserva de segurança. A retirada de material ou roupa suja não será utilizada como condição para deixar a área assistencial sem reposição limpa. Indicadores de consumo e indisponibilidade subsidiarão ajustes.

O processamento de materiais na própria UPA ficará limitado à classe, capacidade, produtos e métodos autorizados. Caso seja necessário processamento externo, haverá empresa regularizada e contrato com etapas, transporte, registros, prazos, conferência e responsabilidade. Os produtos seguirão pré-limpeza e transporte conforme POP acordado e a empresa executará todas as etapas sob

sua responsabilidade normativa. O recebimento do esterilizado externo ocorrerá exclusivamente pelo circuito limpo, com documentação e inspeção.

A lavanderia externa será qualificada antes do início, com verificação da licença sanitária, separação de áreas, equipamentos, processo, controle de qualidade, capacidade, transporte e plano de contingência. A contratação não afasta a responsabilidade do IBSAÚDE por acompanhar a qualidade do serviço recebido.

Falha de autoclave, reprovação de carga, ruptura de embalagem, atraso da lavanderia ou desabastecimento acionará a liderança técnica e a gestão, com segregação do material suspeito, uso da reserva e acionamento de prestador regularizado ou reposição prevista. A contingência não autorizará abreviar ciclos, dispensar monitoramento ou utilizar produtos com segurança não comprovada.

1.2.7. Aplicação por Unidade e Validação Local

A UPA Norte e a UPA Sul manterão fluxos operacionais próprios, embora observem os mesmos princípios. Para cada uma será registrado o ponto de entrega suja ao expurgo, a transferência após limpeza, as áreas de preparo, esterilização e resfriamento, o armazenamento e a saída limpa, bem como os pontos de roupa suja, retirada externa, recebimento limpo e rouparia.

Roteiro de Validação em cada UPA

Item de conferência	Responsável pela validação	Evidência local
Classe/capacidade da CME e produtos compatíveis	RT, responsável pela CME e controle de infecção	Relatório técnico, relação de produtos e POPs
Separação sujo–limpo e trajetos	CME, enfermagem, gestão e apoio técnico de infraestrutura	Planta/croqui local, pontos identificados e inspeção do trajeto
Equipamentos e monitoramento	Responsável pela CME e manutenção/engenharia clínica	Inventário, qualificação, calibração e registros de ciclos
Roupa suja e	Gestão, liderança de rouparia e	Ambientes, carros, rotas e registros de

rouparia limpa	controle de infecção	recebimento
Lavanderia e transporte	Gestão do contrato e responsáveis técnicos envolvidos	Licença, contrato, avaliação e teste de coleta/entrega
Equipe e continuidade	RT de enfermagem, lideranças e gestão	Escala, capacitação, estoque e teste de contingência

Esse roteiro será concluído antes da execução do processo ou da alteração de rota, com correção das inconformidades e manutenção de alternativa regularizada. Caso sejam identificadas obras estruturais fora do objeto, serão encaminhadas à SEMUS, sem presumir que sinalização ou nova rotina substituam a adequação física necessária.

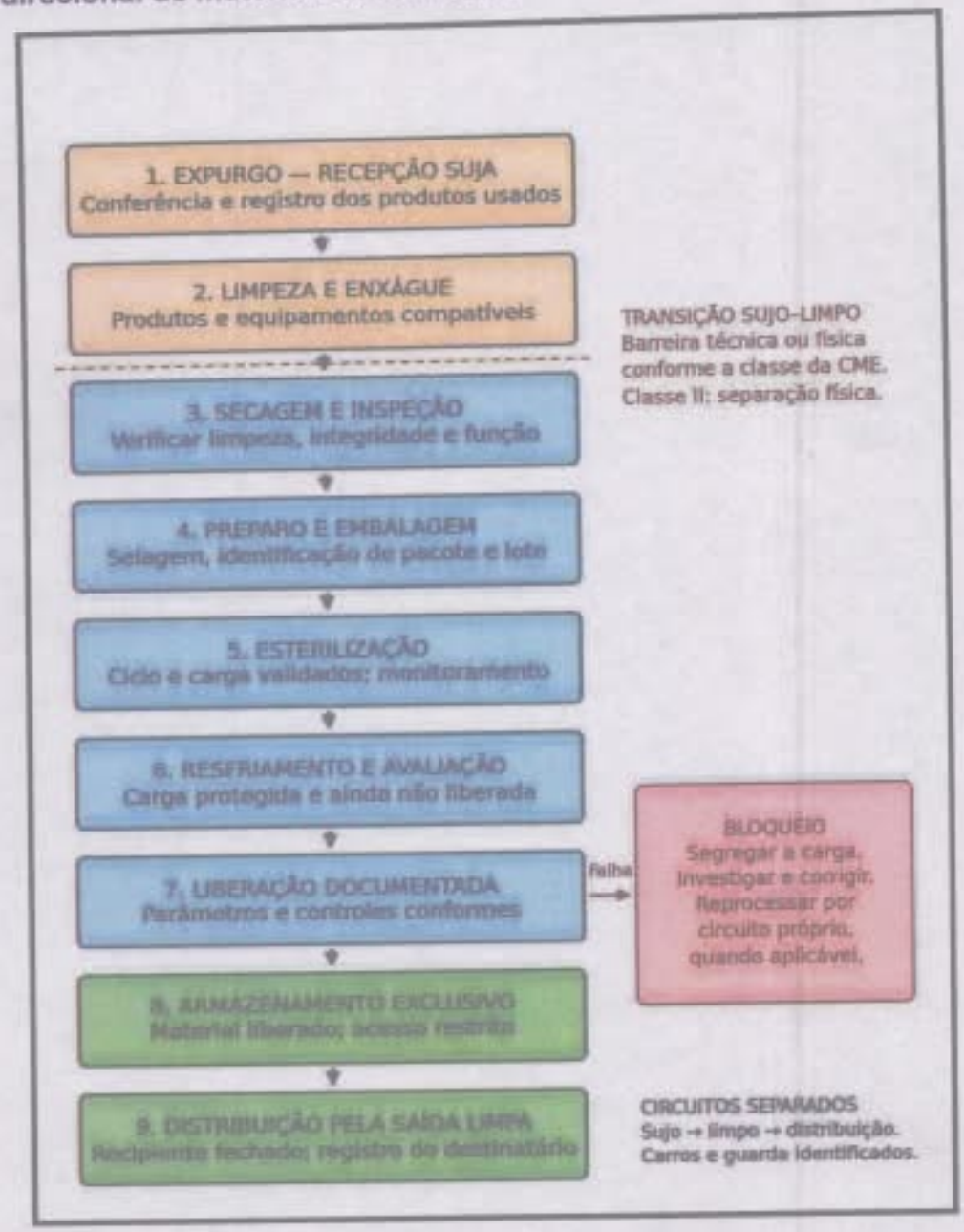
1.2.8. Monitoramento, Educação e Registros

A supervisão verificará diariamente os sentidos de circulação, limpeza dos carros, guarda, integridade, identificação e liberação dos produtos. A análise mensal acompanhará cargas aprovadas/reprovadas, completude dos registros, não conformidades de embalagem, devoluções, perdas de enxoval, atrasos e falta de material limpo, com planos de ação e responsáveis.

A equipe receberá capacitação antes da atuação e atualização periódica, com apoio da IBEscola, envolvendo limpeza, barreiras, embalagem, monitoramento, rotulagem, guarda, transporte, coleta de roupas, acidentes e rastreabilidade. Mudanças de equipamento, produto ou processo exigirão orientação e verificação de competência antes do uso.

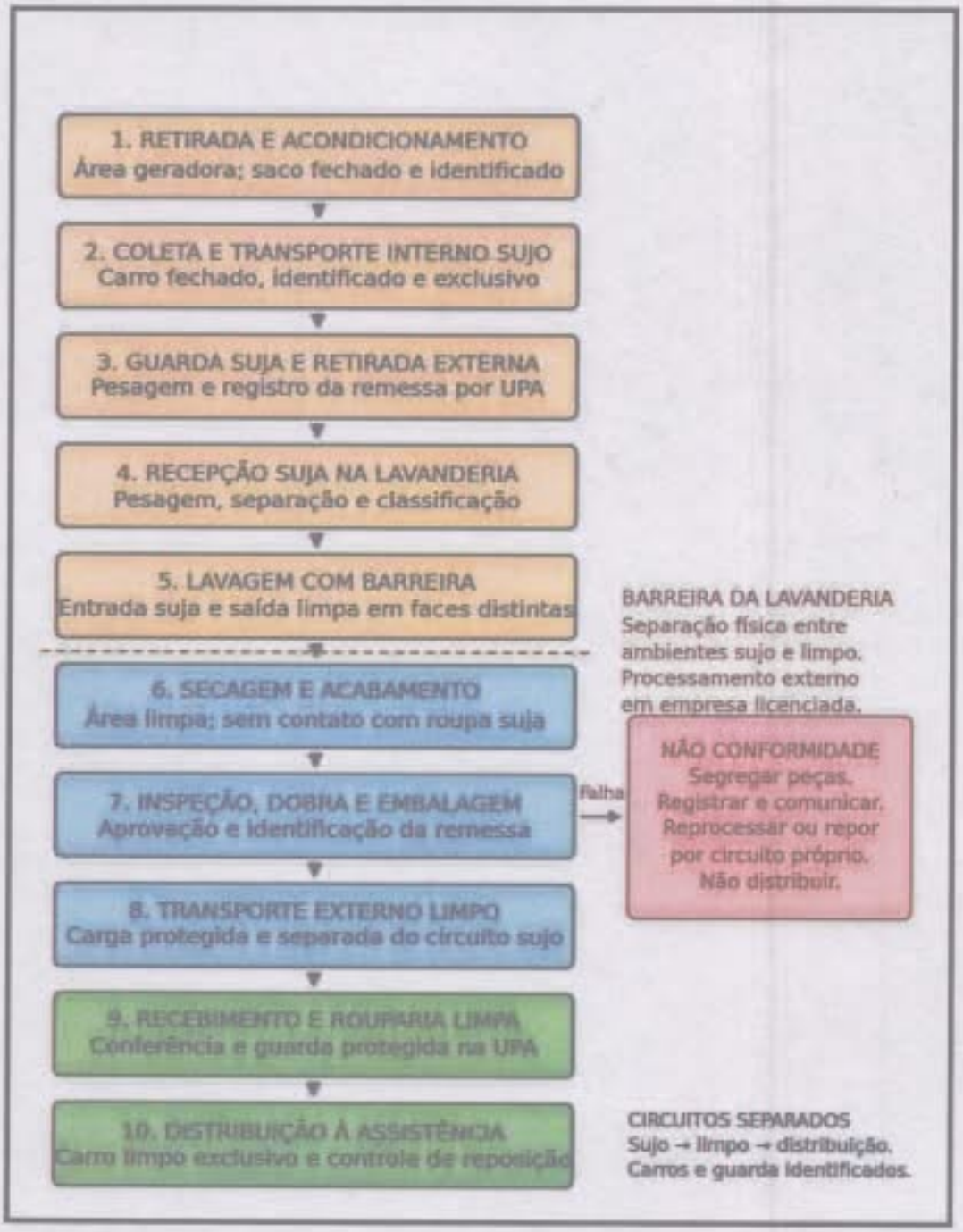
Os registros serão organizados por UPA e vinculados aos respectivos lotes, remessas, equipamentos e responsáveis. Haverá formulário de contingência para indisponibilidade do sistema, incorporação posterior rastreável e acesso aos órgãos de fiscalização, respeitado o sigilo de dados assistenciais.

Fluxo unidirecional de materiais esterilizados



Aplicável separadamente à UPA Norte e à UPA Sul. O material usado ingressa no expurgo; o material liberado sai pelo circuito limpo.

Fluxo unidirecional de roupas



Coleta suja e entrega limpa em circuitos separados. Não se realiza contagem de roupa suja; a conferência quantitativa das peças ocorre na entrega limpa. O fluxograma representa o processamento em lavanderia externa licenciada.

V.1.3. FLUXO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGREGADO E UNIDIRECIONAL

1.3.1. Organização e Responsabilidade pelo Gerenciamento

O IBSAÚDE realizará o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul, abrangendo geração, segregação, acondicionamento, identificação, coleta interna, armazenamento temporário, armazenamento externo, transporte, tratamento e destinação final ambientalmente adequada.

A execução observará a RDC Anvisa nº 222/2018, a Resolução Conama nº 358/2005, a Política Nacional de Resíduos Sólidos, a NR-32 e as exigências estaduais e municipais aplicáveis, mediante implantação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde — PGRSS de cada unidade.

1.3.2. Identificação dos Grupos e dos Pontos de Geração

O gerenciamento abrangerá os grupos A, B, D e E, previstos no edital. O inventário inicial e as revisões do PGRSS identificarão os resíduos efetivamente gerados em cada setor, sua classificação, quantidade estimada e necessidades de acondicionamento e coleta.

Grupo	Resíduos previstos	Pontos de geração
A — Risco biológico	Materiais assistenciais enquadrados como infectantes, resíduos de procedimentos, amostras e materiais com sangue ou líquidos corpóreos, conforme classificação e subgrupo aplicáveis.	Salas de emergência, procedimentos, curativos, medicação, observação, isolamento, coleta e apoio laboratorial, conforme atividades executadas.
B — Risco químico	Medicamentos descartados, produtos químicos e seus resíduos, reagentes e embalagens contaminadas, conforme periculosidade.	Farmácia, medicação, apoio laboratorial, higienização e processamento de materiais; radiologia, caso utilize processamento químico de imagens.

D — Resíduos comuns	Resíduos sem risco biológico, químico ou radiológico, separados entre recicláveis, orgânicos e rejeitos, conforme viabilidade e regras locais.	Recepção, administração, áreas de espera, copa, sanitários e demais setores, conforme a natureza do resíduo.
E — Perfurocortantes	Agulhas, lancetas, lâminas, ampolas e outros materiais perfurocortantes ou escarificantes.	Salas de emergência, procedimentos, medicação, curativos, coleta e demais locais de utilização desses materiais.

Não se prevê geração rotineira de resíduos do Grupo C — rejeitos radioativos, considerando o escopo assistencial das UPAs. A radiologia convencional não implica, por si só, geração desse grupo. Eventual alteração das atividades será precedida de avaliação técnica e adequação do PGRSS.

1.3.3. Segregação e Acondicionamento

A segregação ocorrerá imediatamente no ponto de geração, pelo profissional que produzir o resíduo. Cada setor contará com recipientes identificados e compatíveis com os riscos presentes, evitando mistura entre grupos, descarte incorreto e necessidade de manipulação posterior.

Os resíduos do Grupo A serão classificados por subgrupo para definição da embalagem e da necessidade de tratamento. Os resíduos do Grupo B serão separados conforme suas características e incompatibilidades químicas, em recipientes compatíveis e identificados. Os resíduos do Grupo D terão coletores próprios, preservando a separação dos recicláveis sem contaminação.

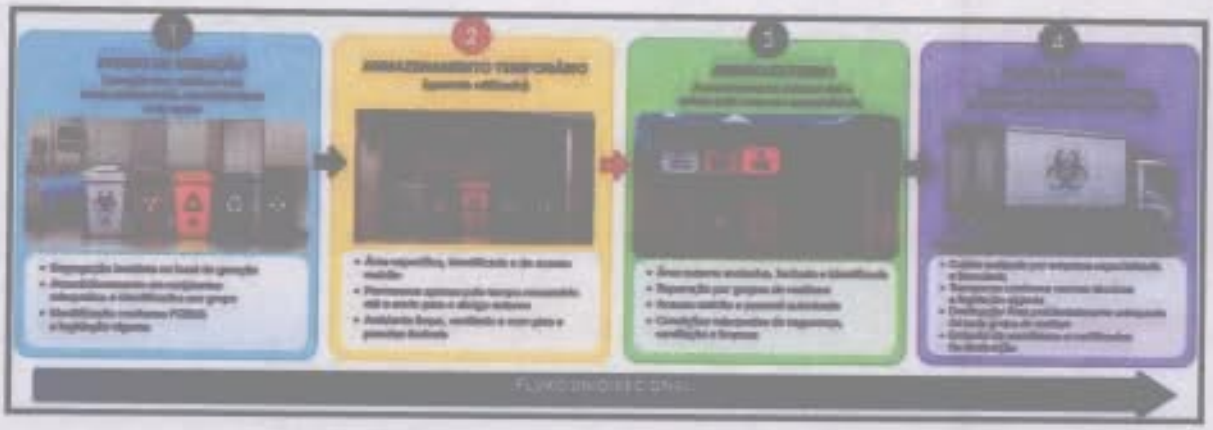
Os perfurocortantes serão descartados diretamente em recipientes rígidos, identificados, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, posicionados próximos ao local de uso. Será proibido esvaziar ou reutilizar esses recipientes, compactar seu conteúdo ou realizar reencape manual de agulhas.

As equipes verificarão integridade, fechamento e limites de preenchimento das embalagens antes da retirada. Não haverá abertura de sacos para triagem ou transferência manual de resíduos entre embalagens.

1.3.4. Coleta Interna e Unidirecionalidade

A coleta interna será realizada por trabalhadores capacitados, com equipamentos de proteção adequados, utilizando carros exclusivos para resíduos, identificados, fechados e passíveis de higienização.

O percurso seguirá o sentido:



Serão definidos roteiros e horários por unidade, evitando coincidência com distribuição de alimentos, medicamentos, materiais esterilizados e roupas limpas, bem como com os períodos de maior circulação de usuários.

O levantamento inicial identificará os acessos, corredores e pontos de possível interferência. Serão priorizadas rotas de serviço. Nos trechos compartilhados, serão estabelecidos horários distintos, controle de passagem e higienização, impedindo o trânsito simultâneo de resíduos e suprimentos limpos.

A unidirecionalidade compreenderá o avanço dos resíduos em direção ao abrigo externo, sem retorno de embalagens retiradas aos setores assistenciais. Os carros vazios retornarão ao circuito de coleta após limpeza e desinfecção, por percurso ou horário definido no PGRSS.

1.3.5. Armazenamento Temporário e Externo

O armazenamento temporário, quando necessário, ocorrerá em ambiente definido no PGRSS, próximo aos setores geradores, mantendo os sacos dentro de

coletores fechados. Será vedada a colocação de sacos diretamente no piso ou em áreas de circulação.

Quando o percurso permitir retirada direta e segura até o abrigo externo, essa solução será registrada no PGRSS, dispensando a etapa intermediária conforme as condições normativas.

O armazenamento externo ocorrerá em abrigo de acesso restrito, identificado, protegido e acessível à coleta externa. Serão mantidas separações entre resíduos comuns, infectantes, perfurocortantes e químicos, respeitando suas compatibilidades e as exigências sanitárias.

O dimensionamento considerará geração, frequência de retirada e contingências. A limpeza, a inspeção e o controle de acesso terão responsáveis e registros definidos.

1.3.6. Transporte, Tratamento e Destinação Final

Grupo	Encaminhamento previsto
A	Coleta por transportador autorizado e encaminhamento a instalação licenciada. O tratamento será definido pelo subgrupo e pelos riscos presentes, seguido de disposição final adequada. Resíduos A4 poderão seguir sem tratamento prévio, quando permitido pelas normas e pelo licenciamento aplicável.
B	Recuperação, logística reversa, tratamento ou disposição em instalação licenciada, conforme composição e periculosidade. Medicamentos e produtos químicos não serão descartados na coleta comum nem na rede de esgoto de forma indiscriminada.
D	Recicláveis não contaminados serão encaminhados à cadeia de reciclagem; resíduos orgânicos terão destinação compatível com a estrutura local; rejeitos seguirão para aterro sanitário licenciado.
E	Coleta em recipientes fechados e destinação licenciada, com tratamento definido conforme eventual contaminação biológica, química ou outro risco associado.

O IBSAÚDE providenciará a contratação dos serviços externos necessários, observando o instrumento de parceria e seu Regulamento de Compras e Contratações. A seleção verificará regularidade, licenças e autorizações compatíveis com os resíduos, veículos, tratamento e destino propostos.

Os contratos indicarão grupos atendidos, frequência de coleta, responsabilidades, comprovação de destinação e resposta a falhas. Eventual utilização de serviço municipal dependerá de confirmação formal de sua abrangência e condições de atendimento.

Serão mantidos comprovantes de retirada, pesagem, tratamento e destinação, além do Manifesto de Transporte de Resíduos — MTR e do Certificado de Destinação Final — CDF, quando exigíveis. A terceirização não afastará o acompanhamento e a responsabilidade do gerador.

1.3.7. Compromisso com o PGRSS e Responsável Técnico

O IBSAÚDE assume o compromisso de elaborar, implantar, manter atualizado e monitorar o PGRSS de cada UPA, assegurando a continuidade dos controles desde a transição da gestão.

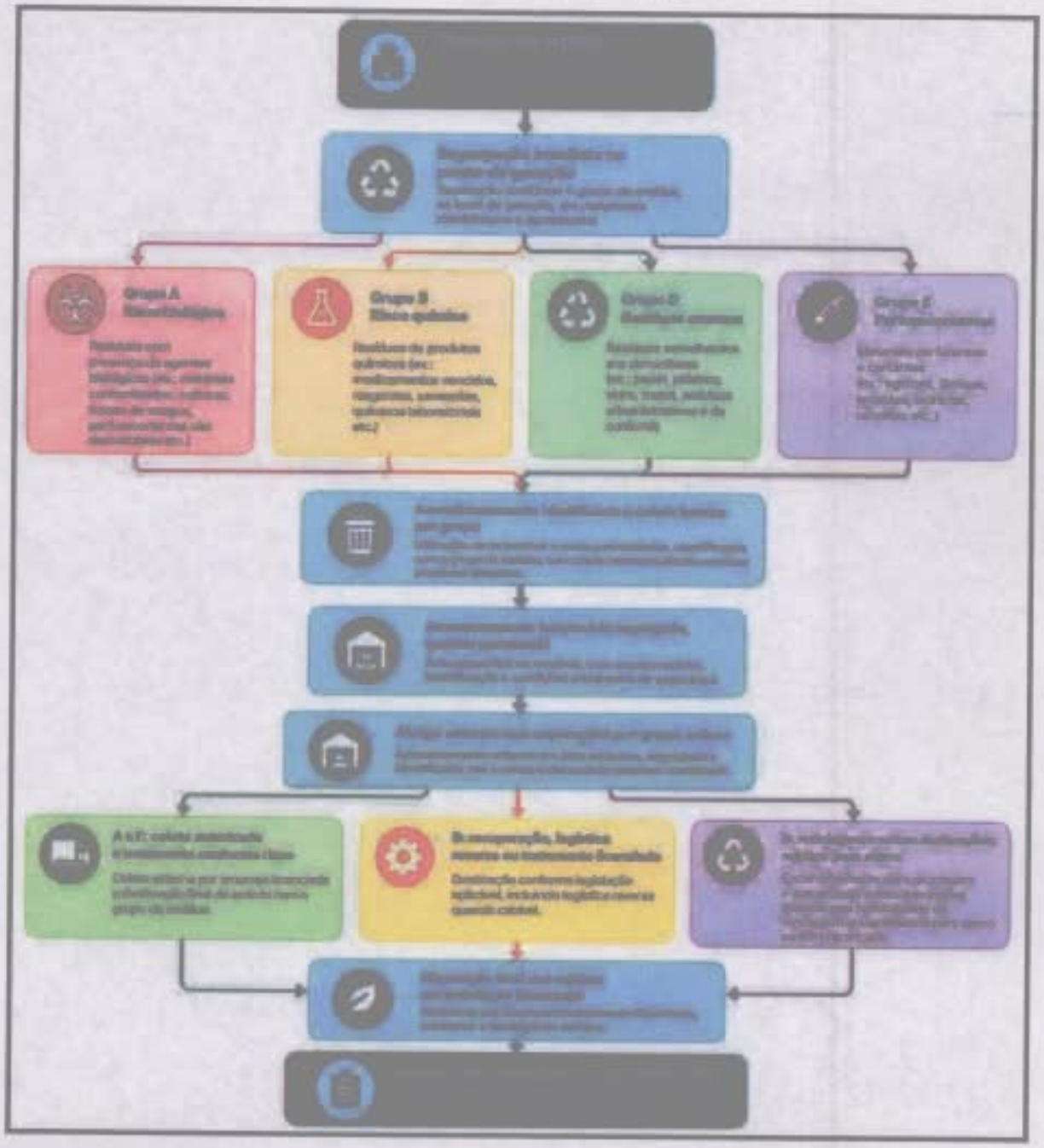
A responsabilidade técnica pelo PGRSS será atribuída a profissional de nível superior legalmente habilitado, formalmente designado pelo IBSAÚDE, com registro no conselho profissional competente e ART, certificado ou documento equivalente. Nome, formação, registro e documento de responsabilidade serão identificados no plano de cada unidade.

O responsável técnico atuará com a Comissão de Gerenciamento de Resíduos, as lideranças assistenciais, a higienização e a saúde e segurança do trabalho. O PGRSS conterá inventário, classificação, procedimentos, planta com pontos de geração e armazenamento, rotas, horários, prestadores e medidas de contingência.

Serão realizadas capacitações na admissão e periodicamente, inspeções dos descartes e acompanhamento de indicadores de geração, segregação inadequada, acidentes e regularidade das retiradas. Falhas de coleta, derramamentos e acidentes terão procedimentos de resposta, responsáveis e registros próprios.

1.3.8. Representação Gráfica do Fluxo

O fluxograma a seguir representa a sequência operacional. Sua implantação será complementada por planta de cada UPA, com identificação dos percursos, pontos de armazenamento e acesso da coleta externa.



O gráfico representa uma sequência comum de etapas; os grupos permanecem separados durante todo o manejo. A identificação nominal do responsável técnico e as plantas dos percursos deverão ser incorporadas aos PGRSS de cada unidade.

V.1.4. FLUXO DE REGISTROS DOCUMENTOS E PRONTUÁRIOS DE USUÁRIOS

1.4.1. Finalidade e Responsabilidades

A gestão dos registros das UPAs Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar assegurará identificação correta do usuário, continuidade do cuidado, integridade da documentação e disponibilidade para assistência, fiscalização e exercício dos direitos do titular. O ciclo documental abrangerá produção ou recebimento, identificação, vinculação, validação, tramitação, encerramento, guarda, recuperação, acesso e destinação autorizada, tanto em meio eletrônico quanto em papel.

O Município de Palmas é o controlador dos dados pessoais tratados na execução do objeto, e o IBSAÚDE atuará como operador. A titularidade institucional dos prontuários e registros assistenciais da parceria permanece com o Município, preservados os direitos do usuário sobre seus dados e o sigilo profissional.

Cada UPA terá responsável designado pela documentação e pelo arquivo, articulado à recepção, à produção, à coordenação administrativa e às lideranças assistenciais. A direção técnica e a responsabilidade técnica de enfermagem supervisionarão o conteúdo e a regularidade dos registros de suas áreas; cada profissional responderá por seus próprios registros. TI cuidará da disponibilidade, preservação e recuperação tecnológica. O encarregado de dados apoiará direitos dos titulares e proteção de dados. A Comissão de Revisão de Prontuários participará da verificação da qualidade e da avaliação documental, conforme as normas aplicáveis.

1.4.2. Abertura e Vinculação À Classificação de Risco

A recepção pesquisará o cadastro existente antes de criar outro, conferirá pelo menos dois identificadores e abrirá episódio assistencial com identificação da unidade, número único e data e hora de chegada. CPF e CNS serão conferidos quando disponíveis, sem condicionar atendimento urgente à apresentação de documentos. O usuário não identificado receberá cadastro provisório seguro, posteriormente conciliado por profissional autorizado, preservando todos os vínculos e a trilha da correção.

O enfermeiro registrará a classificação de risco no mesmo episódio, com queixa, avaliação, prioridade, data, horário e identificação profissional. O sistema vinculará a classificação ao usuário, à unidade e ao atendimento por chave persistente, e não apenas pelo nome ou pela cor. Reclassificações terão novo evento, motivo e horário, mantendo o registro inicial. No acesso direto à estabilização, a assistência será imediata; os registros administrativos e clínicos serão completados em paralelo ou assim que possível, sem inventar classificação ou horário anterior.

Médicos, enfermagem e demais profissionais registrarão avaliação, prescrições, cuidados, procedimentos e evolução no episódio correspondente, com autoria, categoria e conselho quando aplicável. Exames, laudos, administração de medicamentos, observação e regulação serão vinculados ao mesmo atendimento. Reavaliações não gerarão artificialmente novos episódios. O prontuário distinguirá horário do evento clínico de horário de lançamento, preservando os marcos dos indicadores e a coerência com o fluxo assistencial V.1.1.

1.4.3. Validação Encerramento e Arquivamento

O profissional registrará e autenticará sua atuação de forma tempestiva, legível e completa. Retificações ocorrerão por adendo identificado, datado e justificado, sem apagar o conteúdo original ou utilizar credenciais de terceiros. O sistema de assinatura e a eventual dispensa do papel observarão os requisitos

legais e profissionais pertinentes; login e senha não serão presumidos suficientes para qualquer modalidade de documento ou para descarte de originais.

O médico registrará o desfecho clínico, seu horário e as orientações ou resumo de transferência. A equipe de documentação conferirá presença de classificação ou justificativa de acesso direto, identificação, assinaturas, registros assistenciais e desfecho. Pendências retornarão ao profissional responsável, sem preenchimento por substituição administrativa. A checagem não retardará alta ou transferência clinicamente indicada e não modificará os horários efetivos.

Após o encerramento, o episódio será preservado em repositório com pesquisa por usuário, atendimento, unidade, período e tipo documental. Resultados ou complementações posteriores permanecerão vinculados ao episódio, com histórico. Papéis de contingência e documentos externos serão conferidos, indexados e digitalizados com qualidade verificável, mantendo indicação de origem e localização do original. A mera digitalização não autorizará destruição do papel.

Documentos administrativos seguirão classificação por unidade, processo, competência, assunto e responsável. Compras e contratos serão vinculados às solicitações, autorizações, entregas e pagamentos; registros de pessoal permanecerão em ambiente restrito; evidências assistenciais e relatórios serão associados à competência da parceria. Relatórios gerenciais utilizarão dados agregados quando não houver necessidade de identificação. A correlação com o prontuário será feita por identificador controlado, sem replicar conteúdo clínico em pastas administrativas abertas.

1.4.4. Guarda e Temporalidade

Será mantida tabela de temporalidade e destinação, validada com a SEMUS e as instâncias técnicas e arquivísticas competentes. Enquanto não houver autorização para destinação, os documentos serão preservados. Prazos especiais, valor histórico ou probatório, auditoria, investigação, processo judicial e determinação de autoridade suspenderão a eliminação e poderão exigir guarda maior.

Classe documental	Regra de retenção	Controle de guarda e destinação
Prontuários e documentos clínicos integrantes	Mínimo de 20 anos a partir do último registro, conforme a Lei nº 13.787/2018; para acervo eletrônico, política de preservação permanente, considerando também o art. 7º da Resolução CFM nº 1.821/2007	Sem exclusão automática ao completar 20 anos; avaliar exigências profissionais e arquivísticas, impedimentos e autorização do controlador
Documentos originais da prestação de contas	Pelo menos 10 anos contados do dia útil subsequente à prestação de contas, conforme art. 68 da Lei nº 13.019/2014	Identificação da prestação correspondente; aplicar prazo maior quando houver obrigação específica ou processo pendente
Demais documentos administrativos e de pessoal	Prazo próprio da classe e da legislação aplicável, registrado na tabela de temporalidade	Sem aplicar indiscriminadamente os 20 anos do prontuário; conservar até definição e autorização da destinação
Trilhas de auditoria e registros de incidentes	Trilhas: pelo menos 5 anos como política operacional; incidentes com dados pessoais: pelo menos 5 anos do registro, conforme Resolução CD/ANPD nº 15/2024	Integridade, acesso restrito e retenção ampliada por necessidade documentada

1.4.4.1. Proteção do acervo e eliminação autorizada

O arquivo físico terá acesso controlado, armários ou estantes identificados, condições de conservação e proteção contra umidade, incêndio, pragas e retirada indevida. A localização por caixa e pasta permitirá recuperação sem exposição do conteúdo. Movimentações terão protocolo de saída, destinatário, motivo, data e devolução; o original não será entregue ao usuário em substituição da cópia ou retirado por trabalhador sem autorização.

O repositório digital utilizará controles de integridade, criptografia, cópias protegidas e migração de formatos para manter legibilidade e acesso ao longo do tempo. A guarda clínica não se confunde com a retenção de backup: expirar uma cópia de recuperação não eliminará o acervo preservado. A digitalização observará a Lei nº 13.787/2018, inclusive autenticidade, integralidade, confidencialidade e análise da comissão competente antes de eventual eliminação do original.

A eliminação de documentos de caráter público dependerá das autorizações arquivísticas aplicáveis, nos termos da Lei nº 8.159/1991, e da instrução do Município. Não será realizada unilateralmente pelo operador. A destinação aprovada produzirá listagem, autorização e termo de execução, com método que impeça recuperação indevida. Documentos de valor permanente e aqueles submetidos a impedimento permanecerão preservados.

1.4.5. Sigilo e Proteção de Dados Pessoais

O tratamento observará a Lei Federal nº 13.709/2018, com finalidade assistencial ou administrativa definida e base legal registrada por atividade. Dados de saúde receberão proteção de dados pessoais sensíveis. O consentimento genérico não substituirá as bases legais da assistência, do cumprimento de obrigações ou da execução da política pública; também não será condição para atendimento urgente. O compartilhamento seguirá as instruções do controlador e as hipóteses legais pertinentes.

Os acessos serão individuais, autorizados por função, unidade e necessidade. Recepção acessará identificação e fluxo; equipes assistenciais, informações necessárias ao cuidado; produção, dados necessários aos registros oficiais; administração, seus documentos de competência. A SEMUS terá os acessos exigidos pelo edital, com credenciamento e rastreabilidade. O controle de perfis não criará restrição indevida à fiscalização autorizada nem franqueará indiscriminadamente dados clínicos a qualquer usuário.

Serão adotados bloqueio de sessão, autenticação forte para perfis privilegiados e acesso remoto, revisão trimestral de permissões e revogação imediata quando houver desligamento ou outra situação que a exija. A trilha registrará consultas, inclusões, alterações, impressões, exportações e ações administrativas relevantes, com usuário, horário, objeto e justificativa quando necessária. Acesso emergencial excepcional será justificado e posteriormente auditado.

Empregados, prepostos e fornecedores estarão vinculados a confidencialidade. Será vedada a guarda de prontuários em dispositivos, contas de e-mail ou nuvens pessoais, assim como compartilhamento por canais não autorizados. Impressões serão recolhidas imediatamente e descartadas de forma segura quando autorizadas. Informações clínicas identificáveis não serão publicadas em transparência, redes sociais ou grupos informais.

Suspeitas de acesso indevido, perda ou vazamento serão comunicadas imediatamente à gestão, TI e encarregado, com contenção e preservação de evidências. O IBSAÚDE informará a Administração imediatamente e em até 24 horas do conhecimento de incidente que possa causar risco ou dano relevante. Caberá ao controlador avaliar e efetuar as comunicações à ANPD e aos titulares no prazo aplicável, em regra três dias úteis, conforme Resolução CD/ANPD nº 15/2024. A apuração não suspenderá a comunicação inicial devida.

1.4.6. Acesso Fornecimento de Cópias e Prazos

Solicitações serão recebidas presencialmente na unidade ou por canal institucional divulgado, com protocolo, data, solicitante, objeto, responsável e prazo. A equipe verificará identidade e representação por meios proporcionais, sem coletar documentos excessivos. O responsável documental localizará o material; a liderança assistencial apoiará a interpretação quando necessária; o encarregado acompanhará direitos do titular e questões de proteção de dados; e a coordenação responderá pela entrega e pelo controle do prazo.

Destinatario e finalidade	Forma de disponibilização	Prazo de atendimento
SEMUS na gestão e fiscalização da parceria	Acesso aos sistemas e bancos necessários, inclusive em tempo real, por credenciais institucionais e trilha de uso	Contínuo, acesso durante fiscalização a qualquer tempo, sem aguardar resposta documental
SEMUS em solicitação de documento ou	Arquivo seguro, pesquisável quando cabível, com identificação da unidade, período, origem e	Prazo da requisição; sem prazo indicado, até 2 dias úteis como compromisso operacional, com atendimento imediato de

extração específica	integridade	informação assistencial urgente
Controle Interno, auditorias do SUS, órgãos de controle e comissões autorizadas	Consulta acompanhada ou acesso autorizado, cópia ou extração pertinente às atribuições e ao objeto fiscalizado, com protocolo de entrega	Acesso a qualquer tempo nos termos do edital; requisições no prazo fixado; se omisso, até 5 dias úteis como compromisso operacional, antecipado em urgência
Usuário ou representante legitimado	Confirmação e acesso simplificado, consulta assistida ou cópia impressa ou eletrônica por meio seguro, conforme solicitação	Forma simplificada imediatamente; resposta clara e completa em até 15 dias corridos do requerimento, conforme art. 19 da LGPD; cópia integral no mesmo prazo como compromisso institucional
Serviço receptor em continuidade assistencial	Resumo, prescrições, exames e informações necessárias ao cuidado por canal institucional seguro	Imediatamente na transferência e na passagem do cuidado; complementação de resultado assim que disponível

Os prazos operacionais propostos não substituirão prazo legal, judicial ou de requisição mais curto. Ausência de informação, impossibilidade fundamentada ou necessidade de esclarecimento serão comunicadas e acompanhadas, sem reiniciar artificialmente a contagem nem presumir prorrogação. A resposta integral ao titular seguirá a LGPD e as instruções do controlador, sem exigir justificativa sobre por que o usuário deseja acessar seus próprios dados.

A cópia será conferida quanto ao usuário, período, integralidade, autoria e legibilidade, e entregue com recibo ou registro de disponibilização. Informações de terceiros serão protegidas conforme avaliação técnica, preservando-se o original. Pedidos relativos a menores, incapazes, pessoas falecidas ou litígio terão verificação específica de legitimidade e das regras de sigilo, sem liberação automática a qualquer familiar. Requisições externas sem fundamento claro serão analisadas pela direção técnica, pelo encarregado e pelo jurídico, com resposta no prazo cabível.

Transparência da parceria não implica publicação de prontuários. Pedidos de informação pública serão encaminhados ao canal competente do Município conforme o fluxo aplicável; o prazo de acesso do próprio titular não será confundido com o procedimento geral da Lei de Acesso à Informação.

1.4.7. Continuidade Diante de Indisponibilidade do Sistema

A equipe acionará contingência imediatamente quando a falha impedir identificação, consulta ou registro seguro, sem aguardar o prazo de recuperação de TI. A liderança abrirá chamado, informará as equipes e identificará se o problema afeta conexão, sistema local, fornecedor ou integração externa. A assistência prosseguirá com formulários padronizados sob guarda da unidade, suprimento acessível em todos os turnos e controle de distribuição e recolhimento.

Os formulários de cadastro, classificação, avaliação, prescrição, administração, exames, observação e transferência conterão identificação da unidade, pelo menos dois identificadores do usuário ou cadastro provisório, número controlado do episódio, data e horários reais, profissional, conselho quando cabível e assinatura. Etiquetas ou numeração serão conferidas em todos os documentos. O registro de classificação permanecerá fisicamente vinculado à ficha de atendimento; em emergência, o acesso direto e seus horários serão documentados sem adiar o cuidado.

A equipe conferirá presencialmente prescrições e administrações, resultados críticos, exames pendentes, alergias conhecidas e necessidade de regulação. A passagem de plantão incluirá os documentos de contingência, evitando repetição de doses ou perda de informação. Quando o histórico eletrônico não estiver disponível, serão usadas as fontes seguras acessíveis, o relato do usuário e a avaliação clínica; a equipe registrará a limitação e não presumirá dados ausentes. A regulação e os serviços de apoio serão contatados pelos canais institucionais alternativos, com horário e protocolo.

TI acionará o segundo meio de conexão quando pertinente e executará diagnóstico e recuperação. Em suspeita de ataque, o ambiente afetado será isolado, preservando evidências; a restauração ocorrerá em ambiente verificado. Não serão reconectados equipamentos suspeitos nem utilizadas cópias sem avaliação de integridade. Mensagens de integração pendentes serão conciliadas antes do reenvio, sem duplicar registros.

1.4.7.1. Recuperação e conciliação dos registros

Em coerência com o V.1.8, serão adotados como objetivos técnicos internos resposta inicial à falha crítica em até 15 minutos, recuperação dos serviços críticos em até 2 horas e ponto recuperável de dados transacionais de até 15 minutos. RTO e RPO são objetivos de projeto a comprovar em testes, e não autorização para perder registros ou interromper o cuidado. A contingência permanecerá ativa enquanto não houver funcionamento seguro.

O backup terá cópia completa diária, registros de transação para o objetivo de recuperação, cadeia de pelo menos 35 dias, cópias mensais por 12 meses e anuais por 5 anos, sem substituir a preservação do acervo clínico. Haverá cópia externa protegida contra alteração, criptografia e controle de acesso, conforme V.1.8. TI verificará a execução diariamente, testará restauração de amostra mensalmente e simulará a recuperação do ambiente crítico trimestralmente, com evidência do tempo, integridade e resultado.

Após o restabelecimento, TI e as lideranças validarão o sistema. A equipe documental relacionará todos os episódios do período e os profissionais responsáveis incorporarão ou validarão seus registros, preservando autoria e os horários clínico e de transcrição. Digitalizar o original assinado não autoriza outro profissional a assumir sua autoria. A conciliação abrangerá classificação, prescrições, administrações, resultados, observação, solicitações regulatórias e desfechos, incluindo eventos próximos ao ponto de recuperação.

A incorporação será concluída em até 24 horas do restabelecimento como meta institucional, com pendências justificadas e acompanhadas diariamente. Originais serão preservados e indexados. O encerramento do incidente dependerá da conferência de completude, da identificação de perdas ou divergências e do relatório de causas, período, impacto, providências e responsáveis; eventual indisponibilidade externa será comprovada, sem presumir exclusão automática de indicadores.

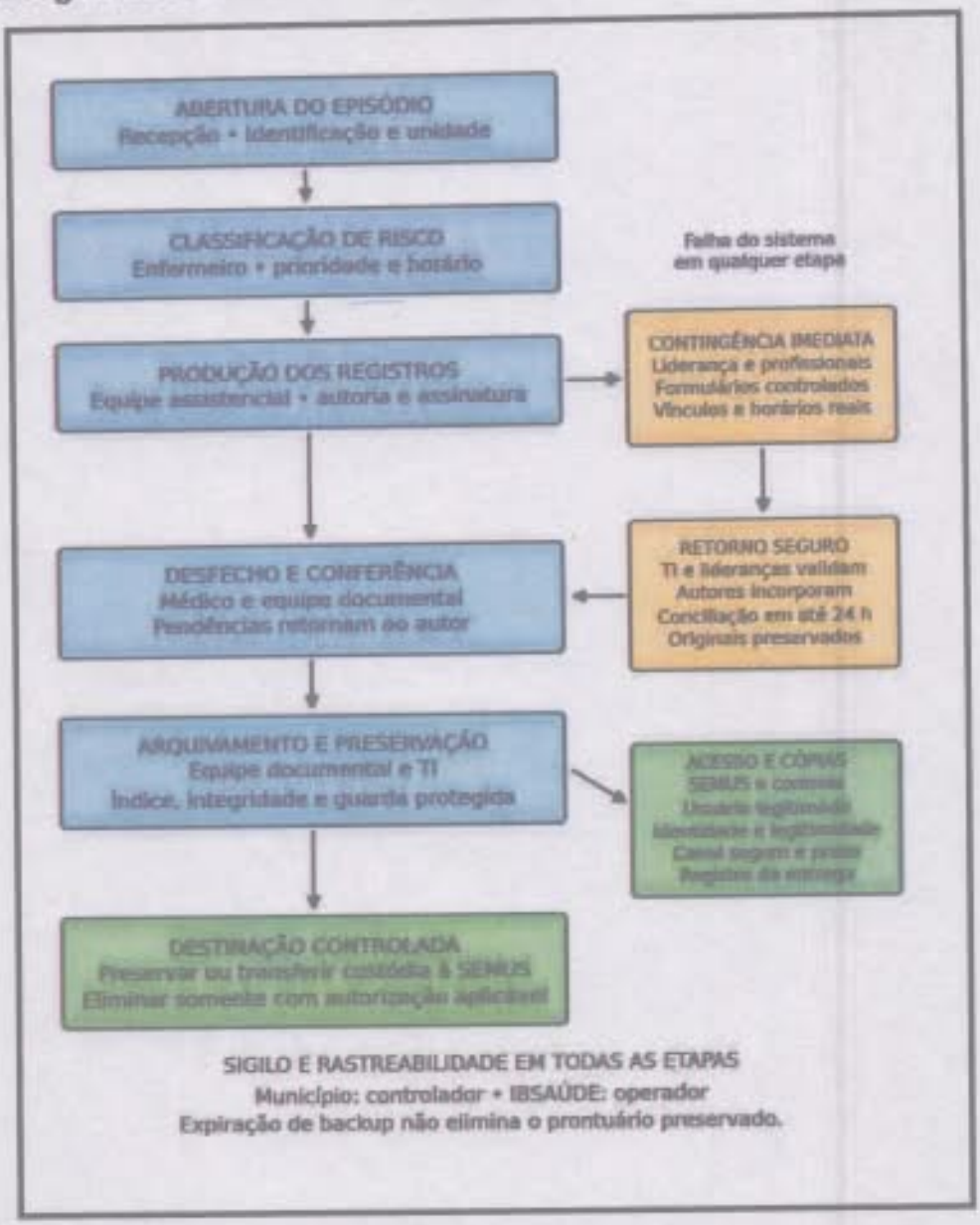
1.4.8. Transição do Acervo e Supervisão

No início da gestão, o IBSAÚDE e a SEMUS formalizarão inventário de prontuários, bases, documentos físicos, sistemas, permissões e pendências, com termo de recebimento, responsáveis e conferência de integridade. A migração preservará vínculos entre usuário, unidade, episódio e classificação, além de assinaturas e histórico. A importação será validada antes de desativar qualquer fonte, mantendo meio seguro de consulta durante a transição.

Ao término ou na rescisão, o acervo assistencial e as bases serão devolvidos integralmente ao Município em formato compatível, acompanhados de índice, dicionário de dados, anexos, trilhas necessárias e termo de entrega. A SEMUS assumirá a guarda na forma do item 23.4. Cópias remanescentes serão eliminadas após entrega validada e instrução do controlador, salvo obrigação legal de retenção, que será documentada e restrita à finalidade que a fundamenta. Essa transferência de custódia não constitui eliminação do acervo municipal. Os documentos que o IBSAÚDE deva legalmente conservar permanecerão protegidos e disponíveis à fiscalização.

A coordenação verificará mensalmente duplicidades, episódios sem classificação ou justificativa, assinaturas pendentes, falhas de vinculação, cumprimento dos prazos de cópia e conciliação da contingência. A Comissão de Revisão de Prontuários avaliará a qualidade dos registros; TI acompanhará restauração e integridade; e o encarregado acompanhará acessos indevidos e direitos dos titulares. Falhas terão responsável, prazo de correção e verificação de resultado, com capacitação das equipes e revisão anual deste fluxo ou sempre que houver mudança normativa ou operacional.

Ciclo dos registros e continuidade documental



Aplicável às duas UPAs. Prontuário, classificação e registros assistenciais permanecem vinculados ao mesmo episódio. A contingência preserva o registro original e exige conciliação após a recuperação. A guarda e o acesso controlado continuam durante todo o ciclo.

2.2. INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Para assegurar a adequada organização, governança, padronização dos processos e funcionamento dos serviços objeto desta proposta, o IBSAÚDE apresenta instrumentos destinados a estabelecer responsabilidades, competências, fluxos e diretrizes para a atuação das equipes e para a gestão das unidades.

Integram a proposta os seguintes documentos:

Regimento Interno: estabelece as diretrizes gerais de organização e funcionamento das unidades, definindo sua estrutura organizacional, competências, responsabilidades, níveis de autoridade, fluxos de trabalho e mecanismos de articulação entre as áreas assistenciais, administrativas e de apoio, em consonância com o objeto do Edital e com as normas aplicáveis.

Regimento do Corpo Clínico: disciplina a organização e o funcionamento do Corpo Clínico, estabelecendo atribuições, responsabilidades, direitos e deveres dos profissionais médicos, critérios de organização da assistência, responsabilidades técnicas e mecanismos de acompanhamento da qualidade e segurança da prática médica, observadas as normas do Conselho Federal e do Conselho Regional de Medicina e demais disposições aplicáveis.

Regimento do Serviço de Enfermagem: estabelece a organização, competências e responsabilidades do Serviço de Enfermagem, contemplando as atribuições da Responsabilidade Técnica, dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como as diretrizes para o Processo de Enfermagem, supervisão, registros, continuidade e segurança da assistência, em conformidade com a legislação profissional e as normas do Sistema Cofen/Coren.

Projeto de Tecnologia da Informação: apresenta as diretrizes para estruturação e utilização dos recursos tecnológicos necessários à execução dos serviços, contemplando infraestrutura, equipamentos, conectividade, sistemas de

informação, prontuário eletrônico, controle de acessos, segurança da informação, proteção de dados, disponibilidade dos serviços, suporte técnico, contingência e integração com os sistemas indicados pela Administração Pública, quando aplicável.

Os documentos apresentados constituem referenciais para a implantação e execução dos serviços e serão observados pelas equipes durante a vigência da parceria, podendo ser atualizados e adequados às características de cada unidade, às determinações da Administração Pública e às alterações das normas técnicas, profissionais e legais aplicáveis.

As respectivas propostas encontram-se apresentadas na sequência desta Proposta Técnica, permitindo a verificação de sua compatibilidade com o modelo de gestão e assistência proposto pelo IBSAÚDE.

V.1.5. PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE

Regimento interno da unidade
UPA Norte e UPA Sul - Palmas/TO

APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

O IBSAÚDE apresenta a minuta integral do Regimento Interno a ser adotado nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar, em Palmas/TO. O documento disciplina finalidade, campo de atuação, organização, competências, funcionamento e articulação com a Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS), a regulação e a Rede de Atenção à Saúde. As disposições comuns são acompanhadas de capítulos específicos para cada UPA, preservando a individualização das responsabilidades e dos processos locais.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I — OBJETO, FINALIDADE E CAMPO DE ATUAÇÃO

Art. 1º Este Regimento estabelece a organização e o funcionamento de cada UPA abrangida pela parceria, orientando as atividades assistenciais, técnicas, administrativas e de apoio, sob gestão do IBSAÚDE e acompanhamento da SEMUS.

§ 1º As regras comuns aplicam-se às duas unidades. Os capítulos IX e X integram o Regimento e especificam identificação, características e organização de cada estabelecimento.

§ 2º Cada UPA manterá responsáveis, escalas, registros, controles, indicadores e documentação identificados pelo respectivo nome e CNES, ainda que utilize instrumentos de gestão compartilhados.

Art. 2º As UPAs integram o componente de urgência e emergência do SUS, com complexidade intermediária, articuladas à Atenção Primária, ao SAMU 192, à atenção hospitalar e aos demais serviços da rede, para acolher, avaliar, tratar, estabilizar e encaminhar usuários conforme suas necessidades.

Art. 3º O campo de atuação compreenderá:

I — acolhimento e classificação de risco; atendimento médico em clínica, pediatria e ortopedia; assistência de enfermagem e atendimento odontológico de urgência;

II — estabilização, observação, reavaliação, administração de medicamentos, procedimentos, imobilizações e demais intervenções compatíveis com a estrutura e as competências profissionais;

III — apoio diagnóstico laboratorial, radiológico, ultrassonográfico e eletrocardiográfico, com resultados disponíveis à decisão clínica;

IV — assistência farmacêutica, apoio social, imunização e profilaxias pertinentes ao ambiente de urgência, vigilância e notificações;

V — transporte sanitário de suporte básico abrangido pelo edital e articulação com a regulação para recursos de maior complexidade;

VI — gestão de pessoas, materiais, patrimônio, informação, custos, qualidade e serviços de apoio necessários à continuidade assistencial.

Art. 4º O atendimento observará universalidade, equidade, integralidade, gratuidade, humanização, acessibilidade, privacidade e segurança. A prioridade decorrerá do risco clínico, com as demais prioridades legais aplicáveis, vedada cobrança ao usuário pelo atendimento do objeto da parceria.

Art. 5º A observação destina-se à estabilização, tratamento e elucidação diagnóstica, limitada a 24 horas. Indicada internação ou recurso indisponível, será acionada prontamente a regulação, sem aguardar esse limite para iniciar a solicitação. A UPA não substituirá a internação hospitalar.

Parágrafo único. A indisponibilidade de destino não autoriza interrupção do cuidado. A equipe manterá assistência e reavaliação, registrará os contatos e escalará a situação à direção técnica e às instâncias competentes.

CAPÍTULO II — ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 6º A estrutura de cada UPA será organizada em três níveis, em correspondência com o organograma do item V.2.10:

I — primeiro nível: Gestão da Unidade, responsável pela integração assistencial e administrativa e pela interface institucional com o IBSAÚDE e a SEMUS;

II — segundo nível: Direção Técnica Médica, Responsabilidade Técnica de Enfermagem e Coordenação Administrativo-Financeira, com competências próprias e articulação entre si;

III — terceiro nível: coordenação médica operacional e equipes médicas; supervisão e equipes de enfermagem; e lideranças dos serviços administrativos, operacionais e de apoio, segundo a respectiva vinculação técnica e administrativa.

§ 1º Farmácia, laboratório, radiologia, nutrição, odontologia e demais serviços sujeitos a responsabilidade profissional específica terão responsáveis habilitados e autonomia técnica no seu campo. Sua vinculação administrativa não transfere atos privativos a gestores sem habilitação.

§ 2º A Direção Clínica será representação eleita do corpo clínico, com relação de articulação com a gestão e a Direção Técnica, preservadas suas atribuições próprias. Comissões, núcleos, ouvidoria e assessorias terão suas relações de assessoramento indicadas, sem subordinação incompatível com sua autonomia normativa.

Art. 7º A Gestão da Unidade coordenará o planejamento, a execução e o monitoramento do objeto; manterá continuidade dos serviços; acompanhará riscos e resultados; autorizará providências dentro de sua alçada; e encaminhará à direção do IBSAÚDE as decisões que a ultrapassem.

Parágrafo único. A gestão não substituirá as decisões clínicas dos profissionais nem as competências públicas de regulação, fiscalização ou avaliação da parceria.

Art. 8º A Direção Técnica Médica responderá pelo funcionamento médico, habilitação profissional, escalas e cobertura, condições de assistência e providências diante de riscos, nos termos do regimento do corpo clínico. Haverá substituto formal para seus impedimentos e comunicações aos órgãos competentes.

Art. 9º A Direção Clínica representará o corpo clínico e supervisionará a organização da assistência médica, a continuidade dos casos e o cumprimento das normas profissionais. A coordenação médica operacional acompanhará a distribuição dos plantonistas e as ocorrências diárias, sem substituir a direção eleita ou a responsabilidade técnica.

Art. 10. O Enfermeiro Responsável Técnico organizará e avaliará o Serviço de Enfermagem, dimensionamento, escalas, supervisão e educação permanente. Enfermeiros e técnicos atuarão conforme suas competências e o regimento específico, com supervisão de enfermeiro em todos os turnos.

Parágrafo único. A jornada registrada na ART será exclusiva para a responsabilidade técnica, sem cômputo simultâneo em posto de assistência direta, conforme a regulamentação profissional.

Art. 11. A Coordenação Administrativo-Financeira organizará pessoal, contratos, suprimentos, manutenção, controles patrimoniais e informações de custos e execução, em articulação com as áreas corporativas do IBSAÚDE. Respeitará as alçadas e a segregação entre solicitação, autorização, recebimento e pagamento.

CAPÍTULO III — COMPETÊNCIAS DAS ÁREAS

Art. 12. Compete à Recepção e ao Cadastro acolher o usuário, identificá-lo, abrir ou localizar seu registro, orientar o acesso e encaminhá-lo à classificação ou à assistência imediata. A ausência de documento não retardará cuidado urgente; os dados serão regularizados oportunamente.

Art. 13. Compete à área de Acolhimento e Classificação de Risco reconhecer gravidade, definir prioridade no protocolo institucional, registrar a avaliação e organizar reavaliações. A equipe acionará a assistência imediata diante de deterioração. Na enfermagem, a classificação é privativa de enfermeiro capacitado, sem outra atividade concomitante.

Art. 14. Compete às áreas de Atendimento Médico e Procedimentos avaliar usuários, estabelecer hipóteses e condutas, solicitar e interpretar exames, executar procedimentos autorizados, reavaliar e definir alta, observação ou

encaminhamento. As ações serão registradas no prontuário e articuladas às demais profissões.

Art. 15. Compete às áreas de Estabilização e Observação prestar vigilância e cuidado conforme o risco, manter responsável assistencial identificado, acompanhar dispositivos e terapias, reavaliar pendências e organizar a transferência quando indicada. A ocupação, a gravidade e o tempo de permanência serão acompanhados em cada turno.

Art. 16. Compete à Enfermagem executar e supervisionar o cuidado, implementar o Processo de Enfermagem e os protocolos, organizar a passagem de plantão e registrar avaliações, prescrições e intervenções segundo a categoria profissional.

Art. 17. Compete à Assistência Farmacêutica selecionar e gerir medicamentos conforme a padronização aplicável, receber, armazenar, dispensar, rastrear e controlar estoques e validade, incluindo produtos sujeitos a controle especial, sob responsabilidade de farmacêutico. Faltas e necessidades de ressuprimento serão comunicadas antes de comprometer o atendimento.

Art. 18. Compete ao Apoio Diagnóstico organizar solicitação, identificação, coleta ou realização do exame, conservação e transporte de amostras, análise, liberação de resultados e comunicação de achados críticos ao profissional assistente, mantendo habilitação, controle de qualidade e registros. Radiologia e ultrassonografia observarão profissionais, horários e condições exigidos pelo edital e normas pertinentes.

Art. 19. Compete à Odontologia prestar atendimento de urgência, controlar riscos e materiais de sua atividade, registrar o cuidado e articular continuidade quando necessária. O Serviço Social avaliará demandas sociais, apoiará usuários

e familiares e acionará a rede de proteção e de direitos, respeitando o sigilo e as atribuições profissionais.

Art. 20. Compete à área de Nutrição e Alimentação planejar e controlar o fornecimento de refeições a usuários e trabalhadores contemplados no objeto, com segurança sanitária, rastreabilidade, controle de dietas e responsabilidade técnica de nutricionista. A organização local observará os capítulos IX e X.

Art. 21. Compete ao Processamento de Materiais assegurar limpeza, preparo, desinfecção ou esterilização e guarda compatíveis com os produtos utilizados, com prevenção de contaminação cruzada e rastreabilidade dos ciclos.

§ 1º A lavagem e o processamento das roupas serão realizados externamente por empresa especializada, responsável pela coleta, pelo transporte e pela entrega do enxoval limpo, conforme as condições contratadas.

§ 2º Nas unidades serão realizados o recolhimento e o acondicionamento das roupas sujas, o recebimento, a conferência, a guarda e a distribuição do enxoval limpo, com separação dos circuitos e controle de disponibilidade.

§ 3º A gestão e a fiscalização permanecerão sob responsabilidade do IBSAÚDE.

Art. 22. Compete à Higienização executar limpeza e desinfecção conforme a criticidade das áreas e as precauções assistenciais. O Gerenciamento de Resíduos contemplará segregação na origem, acondicionamento, identificação, coleta, armazenamento e destinação previstos no PGRSS de cada unidade, com documentação dos prestadores e treinamento.

Art. 23. Compete ao Almoxarifado e Patrimônio controlar recebimento, armazenamento, distribuição, validade, movimentação e inventário de materiais e

bens, identificando os bens públicos cedidos. Compras e Contratos planejarão demandas, selecionarão fornecedores por critérios documentados e acompanharão entrega e desempenho, conforme o regulamento institucional e a parceria.

Art. 24. Compete à Manutenção e Engenharia Clínica prevenir e corrigir falhas, controlar inventário técnico, inspeções, calibrações e intervenções em equipamentos e instalações. A equipe retirará de uso equipamento inseguro, identificará a restrição e acionará alternativa assistencial. Obras estruturais fora do objeto serão submetidas à SEMUS pelos canais competentes.

Art. 25. Compete à Tecnologia da Informação manter sistemas, rede, suporte, acessos, cópias de segurança e recuperação, com contingência e proteção dos dados. A área de Prontuários e Produção verificará integridade, guarda, rastreabilidade, consolidação e envio das informações, sem alterar registros clínicos de autoria de terceiros.

Parágrafo único. O faturamento assistencial observará o CNPJ da SEMUS e os sistemas exigidos no Termo de Referência; CNES, produção e demais bases serão mantidos atualizados.

Art. 26. Compete à Gestão de Pessoas verificar documentos e habilitação, formalizar vínculos, integração, frequência, escalas administrativas, substituições e capacitações. A Saúde e Segurança do Trabalho organizará prevenção de riscos e resposta a acidentes, em articulação com as lideranças e os programas ocupacionais aplicáveis.

Art. 27. Compete ao Transporte Sanitário manter veículo Tipo B, tripulação, materiais e registros em condições de uso, acionando o serviço conforme autorização e fluxos do Complexo Regulador Estadual. A equipe será dedicada ao transporte e não integrará a cobertura assistencial interna.

Art. 28. Compete à Vigilância Patrimonial e ao Controle de Acesso proteger pessoas, bens e circulação, com abordagem respeitosa, sem interferir em decisões clínicas ou impedir acesso à urgência. A Ouvidoria receberá manifestações, registrará e encaminhará às áreas competentes e acompanhará a resposta, articulada ao canal municipal.

Art. 29. A área de Qualidade e Segurança integrará o monitoramento dos riscos, indicadores e planos de melhoria e apoiará as comissões e núcleos. Serão contempladas as dez instâncias do item V.2.1: revisão de prontuários; revisão de óbitos; ética médica; ética de enfermagem; controle de infecções relacionadas à assistência; prevenção de acidentes; farmácia e terapêutica; resíduos; segurança do paciente; e educação permanente.

Parágrafo único. A constituição, composição, eleição ou designação e funcionamento observarão as normas próprias de cada instância. Os respectivos regimentos e cronogramas serão apresentados no item V.2.1; este Regimento não os substitui.

CAPÍTULO IV — FUNCIONAMENTO, ESCALAS E COBERTURA

Art. 30. As unidades funcionarão 24 horas por dia, todos os dias. Clínica médica, pediatria, ortopedia, enfermagem e demais categorias observarão as coberturas dos Quadros 6 e 7. A ultrassonografia terá plantão diurno de seis horas, com horário definido na escala e divulgado aos serviços de origem e à regulação, sem reduzir a obrigação contratual.

§ 1º Laboratório, radiologia e demais apoios serão organizados para assegurar o acesso e o tempo de resposta requeridos pela urgência. A escala especificará presença, forma de execução e mecanismos de acionamento, sem substituir cobertura presencial obrigatória por disponibilidade remota.

§ 2º Haverá profissional habilitado identificado para responder às questões operacionais durante todo o funcionamento, com contato e fluxo de escalonamento às lideranças técnicas e à gestão.

Art. 31. As escalas serão mensais, individualizadas por unidade, categoria, função e área, com nomes, registros profissionais quando exigíveis, datas, horários e responsáveis pela validação. A elaboração observará jornada, descanso, férias, afastamentos e habilitação. Alterações serão autorizadas e registradas.

Parágrafo único. A composição das equipes, os vínculos, as jornadas, os postos por turno e os quantitativos de profissionais observarão o item V.2.9. As escalas identificarão os trabalhadores próprios e os vinculados às empresas contratadas, distinguindo a execução dos serviços da gestão e fiscalização pelo IBSAÚDE, sem duplicidade de postos ou de custos.

Art. 32. Trocas dependerão de equivalência de categoria e competência e de autorização da liderança. Ausências serão comunicadas imediatamente e cobertas por cadastro de substitutos e contratação ou reforço emergencial quando necessário, sem reduzir postos ou desguarnecer outra área.

Parágrafo único. Nos cargos de direção e responsabilidade técnica haverá substituição formal e comunicações aos respectivos conselhos e à autoridade sanitária quando exigidas. Referência de plantão não equivale automaticamente à titularidade do registro de responsabilidade técnica.

Art. 33. O sobreaviso será complementar para situações em que seja legalmente admissível, definido por função, profissional, período, contato e prazo de resposta. Serão registrados chamado, confirmação e atendimento. Não substituirá postos presenciais nem retardará a resposta imediata da equipe em serviço.

Art. 34. A passagem de plantão transmitirá usuários em cuidado, riscos, exames, tratamentos, transferências e pendências, com identificação de quem entrega e recebe. Ocorrências administrativas terão instrumento próprio;

informações clínicas permanecerão no prontuário, com autoria, data, horário e proteção do sigilo.

Art. 35. Intercorrências serão tratadas conforme a gravidade: atendimento e proteção imediatos; acionamento da equipe competente; comunicação à liderança; registro; e acompanhamento da solução. Incidentes de segurança seguirão também o fluxo do NSP e as notificações exigíveis.

Art. 36. Haverá contingência para aumento de demanda, falta de pessoal, falha de energia, água, gases, equipamentos, abastecimento ou sistemas, com responsáveis, alternativas e contatos. A gestão acompanhará a recuperação e comunicará à SEMUS situações que afetem capacidade, segurança ou continuidade, sem suspensão unilateral do serviço.

CAPÍTULO V — ACESSO, DIREITOS E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Art. 37. O acesso ocorrerá por demanda espontânea ou encaminhamento da rede, com identificação e acolhimento. Situações críticas terão assistência imediata; os demais usuários seguirão classificação e reavaliação, sem dispensa pela triagem sem avaliação médica.

Art. 38. A circulação de acompanhantes e visitantes seguirá a segurança, privacidade e condições da área, assegurados os direitos legais e as necessidades de acessibilidade e comunicação. Restrições excepcionais dependerão de justificativa individual, orientação e registro, sem proibição genérica incompatível com a legislação.

Art. 39. Alta e encaminhamento incluirão orientação compreensível sobre condutas, sinais de alerta, medicamentos e continuidade, com documentos pertinentes. Usuários vulneráveis contarão com articulação do Serviço Social e da rede de proteção, conforme a necessidade.

CAPÍTULO VI — RELAÇÃO COM SEMUS, REGULAÇÃO E REDE

Art. 40. A interface institucional com a SEMUS será conduzida pela gestão do IBSAÚDE e pelas gestões das unidades, mediante interlocutores e canais formais. Demandas recebidas terão registro, responsável, prazo e comprovação de atendimento. Ocorrências críticas terão comunicação imediata, com formalização posterior quando necessário.

Art. 41. A gestão apresentará informações por unidade e consolidadas quando exigidas; manterá relatórios mensais e trimestrais e prestações de contas parcial e final, e disponibilizará acesso à fiscalização, registros e sistemas, inclusive em tempo real quando previsto, com proteção de dados.

Parágrafo único. Gestor da Parceria, Comissão de Monitoramento e Avaliação e Superintendência de Atenção Especializada conservarão suas competências públicas. As instâncias internas do IBSAÚDE não as substituirão.

Art. 42. A necessidade de transferência será submetida ao Complexo Regulador Estadual, com avaliação e atualização do quadro clínico, documentação e comunicação entre profissionais. A solicitação e suas respostas terão horários registrados. Persistindo impedimento ou risco, a direção técnica e os interlocutores públicos serão acionados, mantendo-se o cuidado.

§ 1º O transporte básico da parceria será acionado conforme autorização e adequação clínica. Suporte avançado e atendimento pré-hospitalar móvel serão solicitados ao SAMU 192 e à regulação competente, nos termos do edital.

§ 2º Encaminhamento em "vaga zero" dependerá da regulação médica, sem decisão unilateral da UPA. A transferência contemplará preparo, documentação e passagem à equipe receptora.

Art. 43. A articulação com Atenção Primária, hospitais, RAPS, atenção domiciliar, vigilâncias e rede de proteção compreenderá referência e

contrarreferência, atualização dos contatos, discussão de dificuldades e pactuação operacional nos limites da governança do SUS. Referências hospitalares serão as formalmente definidas pelo gestor e pela regulação; alterações serão atualizadas nos instrumentos de trabalho.

Parágrafo único. Necessidades de fluxo intermunicipal serão tratadas com a SEMUS e a regulação. O atendimento urgente não será condicionado ao município de residência do usuário.

CAPÍTULO VII — GESTÃO, CONTROLE E QUALIDADE

Art. 44. Serão mantidos controles de produção, metas, pessoal, patrimônio, contratos, estoques e custos por unidade, com trilha documental e centros de custo compatíveis com a proposta financeira. Rateios compartilhados serão fundamentados e identificáveis. Receitas e despesas da parceria observarão a conta e os instrumentos próprios.

Art. 45. As lideranças realizarão análise mensal dos resultados, riscos, reclamações e desvios, definindo ações com responsável, prazo e verificação. A consolidação das duas UPAs não ocultará o desempenho individual ou substituirá a apuração por unidade exigida no edital.

Art. 46. A gestão de dados compreenderá acessos por função, credenciais individuais, registros de operação, segurança e resposta a incidentes, em articulação com o encarregado de dados da instituição. Acesso da SEMUS e demais órgãos competentes observará necessidade, base legal e segurança, sem barreiras indevidas à fiscalização.

CAPÍTULO VIII — IMPLANTAÇÃO E CONTROLE DOCUMENTAL

Art. 47. A implantação assegurará continuidade das escalas e serviços, inventário de bens e estoques, transferência segura de prontuários e sistemas, contatos da rede e organização dos contratos essenciais. Os marcos de 30, 60 e 90 dias constarão dos instrumentos de transição e planejamento, sem adiamento de obrigações indispensáveis ao início da operação.

Art. 48. O Regimento será integrado às minutas específicas de enfermagem e corpo clínico, aos manuais e protocolos da proposta e ao organograma. Divergências serão corrigidas com validação técnica, respeitando o edital e a legislação, sem reduzir as obrigações ou alterar as condições da proposta classificada.

CAPÍTULO IX — DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS DA UPA NORTE

Art. 49. Identificação: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Norte — José de Souza Dourado, CNES nº 2755289; endereço: 203 Norte, Alameda LO 06, APM 02, s/n, Bairro Plano Diretor Norte, Palmas/TO. Classificação editalícia: Porte III, Opção VIII. Funcionamento: 24 horas, sete dias por semana.

Art. 50. O planejamento local considerará as regiões Norte e Central de Palmas e a demanda intermunicipal, especialmente de Luzimangues, em Porto Nacional, caracterizada no edital como espontânea, salvo pactuação formal específica. O atendimento seguirá risco e necessidade, sem restrição territorial indevida.

Art. 51. A classificação de risco da UPA Norte será organizada nas três salas identificadas no Anexo I deste edital, com profissionais capacitados e distribuição conforme a demanda. A cobertura de enfermeiros assistenciais compreenderá nove postos diurnos e oito noturnos.

Parágrafo único. Os postos e o quantitativo de técnicos de enfermagem observarão o dimensionamento do item V.2.9, com identificação da alocação na assistência interna e no transporte sanitário, vedado o cômputo simultâneo do mesmo profissional nas duas atividades.

Art. 52. A alimentação da UPA Norte será fornecida por empresa especializada, com produção externa em estabelecimento licenciado e entrega regular à unidade. Os ambientes locais destinados à alimentação serão utilizados para recebimento, conferência, conservação, porcionamento quando necessário e distribuição, observadas sua adequação sanitária e a separação dos fluxos.

Parágrafo único. A existência de cozinha na estrutura física não implicará previsão de produção local de refeições nesta proposta. O acompanhamento e a fiscalização serão realizados pelo nutricionista do IBSAÚDE, preservadas as responsabilidades técnicas da empresa fornecedora.

Art. 53. A unidade manterá sua escala, mapa de ocupação e riscos, contatos de referência, lista de responsáveis, controles e indicadores. A organização dos espaços seguirá a capacidade instalada do Anexo I deste edital e sua validação no inventário de transição, sem alteração informal de uso ou ampliação da capacidade autorizada.

CAPÍTULO X — DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS DA UPA SUL

Art. 54. Identificação: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Sul — Gerson Pires de Aguiar, CNES nº 2492555; endereço: Avenida Perimetral 02, nº 04, Quadras 72/73, Setor Aureny II, Palmas/TO. Classificação editalícia: Porte III, Opção VIII. Funcionamento: 24 horas, sete dias por semana.

Art. 55. O planejamento local considerará a região Sul e a demanda referenciada pela regionalização, incluindo os municípios descritos no Anexo I deste edital. A gestão manterá articulação com SEMUS e regulação para identificar

necessidades de referência, sazonalidade e resposta, sem presumir acordos ou destinos não formalizados.

Art. 56. A classificação de risco da UPA Sul será organizada nas quatro salas identificadas no Anexo I deste edital. A cobertura de enfermeiros assistenciais compreenderá nove postos diurnos e nove noturnos. A gestão considerará a demanda descrita no diagnóstico ao distribuir recursos e acompanhar os tempos assistenciais.

Parágrafo único. Os postos e o quantitativo de técnicos de enfermagem observarão o dimensionamento do item V.2.9, com identificação da alocação na assistência interna e no transporte sanitário, vedado o cômputo simultâneo do mesmo profissional nas duas atividades.

Art. 57. A alimentação da UPA Sul será fornecida por empresa especializada, com produção externa em estabelecimento licenciado e entrega regular à unidade. O recebimento, a conferência, a conservação, o porcionamento quando necessário e a distribuição observarão as condições sanitárias, as prescrições de dietas e os controles previstos.

Parágrafo único. O nutricionista do IBSAÚDE acompanhará e fiscalizará o serviço na unidade, enquanto a empresa fornecedora responderá tecnicamente pelas atividades de produção, acondicionamento e transporte sob sua execução.

Art. 58. A unidade manterá seus responsáveis, escalas, controles, riscos, mapa de ocupação, contatos e indicadores próprios. As diferenças de fluxo serão incorporadas às rotinas locais; a capacidade instalada seguirá o Anexo I deste edital, com conferência no inventário de transição e validação dos ambientes.

CAPÍTULO XI — APROVAÇÃO, REVISÃO E VIGÊNCIA

Art. 59. Esta minuta integra a proposta técnica e não constitui declaração de aprovação já realizada. Na implantação, a gestão do IBSAÚDE coordenará análise pelas lideranças assistenciais, administrativas e responsáveis técnicos, com registro da aprovação institucional e ciência das equipes de cada unidade.

§ 1º O ato de aprovação identificará UPA, CNES, versão, data de vigência, responsáveis e capítulos específicos aplicáveis. Uma versão controlada será disponibilizada em cada estabelecimento.

§ 2º A SEMUS receberá o documento pelos canais da parceria para acompanhamento e eventual validação quando exigida. Documentos profissionais sujeitos a aprovação de corpo clínico ou registro em conselho observarão seus procedimentos próprios.

Art. 60. O Regimento será revisto pelo menos anualmente e sempre que houver alteração normativa, de estrutura, serviço, responsabilidade ou fluxo relevante. A proposta de revisão registrará motivo, dispositivos alterados e impactos, com análise técnica e nova aprovação institucional.

Art. 61. A gestão manterá histórico das versões, retirará cópias superadas de uso e comunicará as alterações, promovendo treinamento quando necessário. Os campos nominais e contatos locais serão atualizados sem alteração informal de competências ou de cobertura contratual.

Art. 62. Os casos omissos serão resolvidos pela gestão e pelos responsáveis técnicos, dentro de suas competências, com encaminhamento à SEMUS ou ao órgão profissional ou sanitário quando necessário. Nenhuma regra interna autorizará redução de obrigações, suspensão unilateral do atendimento ou atuação profissional sem habilitação.

Quadro para Formalização Local da Aprovação

UPA Norte — CNES 2755289 | Versão: [NÚMERO] | Aprovação: [DATA/ATO] | Vigência: [DATA]
UPA Sul — CNES 2492555 | Versão: [NÚMERO] | Aprovação: [DATA/ATO] | Vigência: [DATA]
Responsáveis por unidade: Gestão [NOME]; Direção Técnica Médica [NOME/CRM]; RT de Enfermagem [NOME/COREN]; Coordenação Administrativo-Financeira [NOME].

Os campos de aprovação e vigência serão preenchidos quando os atos forem efetivamente praticados, preservada a natureza de minuta apresentada no chamamento.

Base Normativa e Documental

• Edital de Chamamento Público nº 001/2026 e Termo de Referência: itens 14.3 e 7.3; capítulos 5 a 8, 19, 22 e 24; Anexos I, V e VIII, especialmente V.1.5, V.1.6, V.1.7 e V.2.10.

• Lei nº 8.080/1990 e alterações: organização e funcionamento dos serviços de saúde no SUS.

• Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III, disposições aplicáveis à Rede de Atenção às Urgências e UPAs 24h, originárias, entre outras, da Portaria GM/MS nº 10/2017.

• RDC Anvisa nº 63/2011: boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde; RDC nº 36/2013: segurança do paciente; RDC nº 222/2018: resíduos de serviços de saúde.

• Lei nº 13.709/2018 e alterações: proteção de dados pessoais; Lei nº 13.787/2018: digitalização e guarda de prontuários.

• Resoluções CFM nº 1.481/1997, nº 2.147/2016, nº 2.079/2014 e nº 2.152/2016, nos dispositivos vigentes aplicáveis: corpo clínico, direções médicas, UPAs e ética médica.

• Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987; Resoluções Cofen nº 782/2025, alterada pela nº 784/2025, nº 736/2024 e nº 661/2021; Parecer Normativo nº 1/2024/Cofen: responsabilidades, assistência, classificação de risco e força de trabalho.

• Demais normas sanitárias, profissionais, trabalhistas e de acessibilidade aplicáveis a cada atividade, observadas suas atualizações.

V.1.6. PROPOSTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

UPA Norte e UPA Sul - Palmas/TO

APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

O IBSAÚDE apresenta a minuta integral do Regimento do Serviço de Enfermagem das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte — José de Souza Dourado, CNES nº 2755289, e Sul — Gerson Pires de Aguiar, CNES nº 2492555. O instrumento estabelece a estrutura do serviço, sua vinculação à responsabilidade técnica, as atribuições por categoria, os critérios de dimensionamento e as rotinas de continuidade, registro, supervisão e educação permanente. A execução observará as particularidades de cada unidade, o dimensionamento contratual, a legislação profissional e a articulação com a Secretaria Municipal da Saúde e a Rede de Atenção à Saúde.

MINUTA DO REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I — FINALIDADE E ABRANGÊNCIA

Art. 1º O Serviço de Enfermagem tem por finalidade organizar e executar cuidados seguros, integrais e humanizados aos usuários das duas UPAs, com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, inclusive fins de semana e feriados.

Parágrafo único. O serviço compreende acolhimento e classificação de risco, assistência em consultas e procedimentos, medicação, observação, estabilização, apoio à transferência e atividades de processamento de materiais e transporte abrangidas pelo objeto, observadas as competências profissionais e as normas específicas.

Art. 2º Este Regimento aplica-se a enfermeiros e técnicos de enfermagem, independentemente do vínculo, inclusive servidores municipais disponibilizados. Estagiários somente atuarão mediante instrumentos formais e supervisão, sem substituição dos profissionais do quadro.

Art. 3º O funcionamento observará a Lei nº 7.498/1986, o Decreto nº 94.406/1987, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, as normas vigentes do Sistema Cofen/Coren e as exigências do edital, com respeito aos direitos dos usuários e à proteção das informações de saúde.

CAPÍTULO II — ESTRUTURA E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Art. 4º O serviço terá a seguinte vinculação: gestão da unidade; Enfermeiro Responsável Técnico (ERT); coordenação/supervisão de enfermagem; enfermeiros assistenciais; e técnicos de enfermagem, estes sob orientação e supervisão de enfermeiro.

§ 1º A vinculação administrativa à gestão não autoriza delegação de atos privativos ou interferência incompatível com a autonomia técnica. A estrutura será reproduzida de forma coerente no organograma do item V.2.10.

§ 2º A distribuição funcional contemplará classificação de risco, atendimento e procedimentos, medicação, observação, estabilização, processamento de materiais e transporte, conforme as áreas e os fluxos de cada UPA.

§ 3º Cada plantão terá enfermeiro identificado como referência para coordenação das ocorrências e da continuidade do cuidado, sem transferência de atos privativos aos técnicos e sem prejuízo dos demais enfermeiros assistenciais.

Art. 5º Cada UPA contará com ERT formalmente designado, com inscrição ativa no Coren-TO, Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) concedida e Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT) válida, conforme os procedimentos aplicáveis. A CRT será mantida visível e sua validade acompanhada.

§ 1º O Enfermeiro responsável técnico cumprirá jornada administrativa de 40 horas semanais, com dias e horários identificados na escala e nos documentos de responsabilidade técnica.

§ 2º Durante a jornada registrada na ART, o ERT terá dedicação exclusiva às atribuições de responsabilidade técnica, sem assistência direta ou outra função concomitante. Sua eventual atuação assistencial ocorrerá em horário distinto, devidamente demonstrado na escala.

§ 3º A previsão de aproveitamento de profissional do quadro para responsabilidade técnica, constante do item 7.3.1 do Termo de Referência, será aplicada sem dupla contagem de horas e sem reduzir a cobertura assistencial. Quando necessário, serão previstos profissionais e horas adicionais na memória de cálculo e nos custos.

Art. 6º A designação, a substituição, o afastamento e o encerramento da responsabilidade técnica serão formalizados e comunicados ao Coren-TO conforme as normas. O enfermeiro de referência do plantão não substitui automaticamente o titular da ART.

Parágrafo único. Haverá cobertura assistencial por enfermeiros durante as 24 horas de funcionamento, inclusive fora da jornada presencial do ERT. Intercorrências gerenciais serão encaminhadas ao ERT ou ao substituto formal pelo canal institucional.

Art. 7º O cadastro de responsáveis e de profissionais será mantido atualizado por unidade, com comprovação de habilitação, categoria, função, vínculo e carga horária. A identificação nominal da responsabilidade técnica constará no quadro seguinte.

Quadro de Identificação dos Responsáveis Técnicos

UPA Norte | Enfermeiro RT: [NOME COMPLETO] | Coren-TO: [NÚMERO] — ENF | ART/CRT e validade: [DADOS] | Jornada: [DIAS E HORÁRIOS]
UPA Sul | Enfermeiro RT: [NOME COMPLETO] | Coren-TO: [NÚMERO] — ENF | ART/CRT e validade: [DADOS] | Jornada: [DIAS E HORÁRIOS]
Substituições formais: [NOME, COREN-TO, UNIDADE, PERÍODO E ATO DE DESIGNAÇÃO, QUANDO APLICÁVEL].

Art. 8º Compete ao ERT planejar e avaliar o serviço, validar o dimensionamento, organizar normas e escalas, verificar habilitações, acompanhar a qualidade, assegurar supervisão e encaminhar à gestão as necessidades de pessoal, insumos, equipamentos e capacitação. As providências solicitadas serão registradas e acompanhadas até sua solução ou escalonamento.

CAPÍTULO III — ATRIBUIÇÕES POR CATEGORIA

Art. 9º Compete ao enfermeiro, nos limites legais:

I — planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem;

II — realizar consulta, avaliação, diagnóstico e prescrição de enfermagem e acompanhar os resultados do cuidado;

III — executar os cuidados privativos ao paciente grave e os que exijam maior complexidade e decisão imediata;

IV — realizar classificação de risco, quando capacitado para o protocolo institucional, com registro e reavaliação das prioridades;

V — distribuir atividades conforme a categoria, competência e condição clínica, orientando e supervisionando os técnicos;

VI — avaliar intercorrências, iniciar medidas de sua competência, acionar assistência médica e organizar a continuidade do atendimento;

VII — supervisionar procedimentos, preparo e administração de medicamentos, prevenção de infecções e segurança dos dispositivos;

VIII — participar de transferências, notificações, gestão de riscos, auditorias e educação permanente, conforme sua atribuição no serviço.

Art. 10. Compete ao técnico de enfermagem, sob orientação e supervisão de enfermeiro:

I — participar do planejamento do cuidado e executar as ações compatíveis com sua formação, excetuados os atos privativos do enfermeiro;

II — aferir e registrar parâmetros, observar alterações e comunicá-las prontamente ao enfermeiro;

III — realizar cuidados, procedimentos e administração de medicamentos autorizados por prescrição e protocolos, conforme habilitação;

IV — preparar materiais, apoiar o atendimento e colaborar com a conservação dos equipamentos e a organização das áreas;

V — registrar os cuidados efetivamente prestados, checar sua execução e informar pendências ou impedimentos;

VI — participar da passagem de plantão, das capacitações e das ações de segurança;

VII — atuar no transporte de suporte básico quando formalmente escalado e capacitado, respeitando o objeto e a supervisão definida.

Art. 11. São vedadas ao técnico a classificação de risco, a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem e a substituição do enfermeiro na direção ou supervisão do serviço. Os técnicos colaborarão no atendimento a

pacientes graves sob supervisão, preservados os cuidados privativos e a presença do enfermeiro.

Art. 12. Todos os integrantes deverão manter habilitação regular, cumprir escalas e rotinas, tratar usuários e colegas com respeito, observar sigilo, reconhecer limites de competência e comunicar riscos. Prescrições incompletas, duvidosas ou incompatíveis serão esclarecidas com o prescritor antes da execução, ressalvadas as situações emergenciais previstas nas normas, com registro da conduta.

Parágrafo único. Serão assegurados meios para comunicar condições inseguras à supervisão, à gestão e ao Coren-TO, conforme a natureza e a urgência do fato, preservando a assistência necessária e o exercício ético.

CAPÍTULO IV — DIMENSIONAMENTO E ESCALAS

Art. 13. O dimensionamento será elaborado e assinado por enfermeiro, individualizado por UPA e categoria, fundamentado na demanda, gravidade e dependência dos usuários, carga de trabalho, áreas em funcionamento, jornada efetiva e necessidades de supervisão. O Quadro 7 do Termo de Referência constituirá referência contratual a ser atendida, complementada pela avaliação técnica do serviço.

Quadro de Enfermagem Proposto

Quadro de Enfermagem Proposto				
Unidade	Categoria/atividade	Postos diurnos	Postos noturnos	Total de profissionais
UPA Norte	Enfermeiro assistencial	9	8	40
UPA Norte	Técnico de enfermagem — assistência interna	18	15	76
UPA Norte	Técnico de enfermagem — transporte sanitário	1	1	5
UPA Norte	Subtotal de técnicos —	19	16	81

	assistência interna e transporte			
UPA Sul	Enfermeiro assistencial	9	9	42
UPA Sul	Técnico de enfermagem — assistência interna	20	17	86
UPA Sul	Técnico de enfermagem — transporte sanitário	1	1	5
UPA Sul	Subtotal de técnicos — assistência interna e transporte	21	18	91

Os postos diurnos e noturnos representam a cobertura por plantão; o total de profissionais corresponde ao quantitativo destinado à manutenção dessa cobertura, conforme o quadro de pessoal do subitem V.2.9.

Os quantitativos de 81 técnicos na UPA Norte e 91 técnicos na UPA Sul já compreendem cinco profissionais destinados ao transporte sanitário em cada unidade. Esses cinco profissionais não serão novamente acrescidos aos totais.

A equipe do transporte terá alocação identificada nas escalas e não será contabilizada simultaneamente na assistência interna. As linhas de subtotal possuem finalidade demonstrativa e não representam profissionais adicionais.

O Enfermeiro responsável técnico e o Coordenador de enfermagem serão apresentados separadamente, sem inclusão nos quantitativos de 40 e 42 enfermeiros assistenciais.

Art. 14. A memória de dimensionamento discriminará os postos assistenciais, a equipe do transporte sanitário, as funções gerenciais e a cobertura das ausências.

§ 1º Para os postos dimensionados pelo fator de cobertura de 2,30, será identificado o índice de segurança técnica de 15% já incorporado, sem reaplicação desse mesmo índice sobre a mesma base.

§ 2º O acréscimo mínimo de 5% destinado à participação em educação permanente e à cobertura de situações relacionadas à rotatividade será demonstrado separadamente, conforme o Parecer Normativo nº 1/2024/Cofen, com indicação da base de cálculo, quantitativo, categoria, disponibilidade e custo correspondente.

§ 3º O Enfermeiro responsável técnico e o Coordenador de enfermagem terão dimensionamento próprio, conforme suas atribuições e jornadas, sem utilização simultânea de suas horas para preencher os postos assistenciais.

§ 4º A memória identificará os componentes efetivamente contemplados nos quantitativos propostos. Não será presumida a inclusão de reserva sem demonstração numérica, nem admitida a utilização dos profissionais dedicados ao transporte como reserva da assistência interna.

§ 5º Eventuais complementações identificadas na avaliação técnica serão incorporadas, de forma concordante, ao dimensionamento, ao quadro de pessoal e à composição de custos.

Art. 15. A classificação de risco será realizada por enfermeiro capacitado no protocolo adotado, em ambiente adequado e com dedicação exclusiva durante a atividade. Seu dimensionamento considerará o limite de até 15 classificações por hora e o tempo médio de quatro minutos por classificação, conforme a Resolução Cofen nº 661/2021, além dos picos de demanda.

Parágrafo único. A distribuição da equipe reservará profissionais para as demais áreas. O enfermeiro que estiver classificando não será contado simultaneamente para outro posto assistencial.

Art. 16. O dimensionamento será revisto mensalmente quanto a cobertura, absenteísmo, demanda, gravidade e sobrecarga, e recalculado quando houver

alteração relevante de funcionamento, perfil de usuários ou jornada. Insuficiências serão encaminhadas pelo ERT à gestão com justificativa e proposta de correção.

Art. 17. Haverá escala mensal por unidade e categoria, assinada pelo enfermeiro responsável e divulgada antes de sua vigência, com identificação da instituição, local de atuação, turno, nomes, Coren, categoria, horários, legenda e período. Alterações serão autorizadas, datadas e rastreáveis.

§ 1º Os plantões serão organizados nos períodos diurno e noturno compatíveis com o funcionamento, observados contratos, descansos, legislação e instrumentos coletivos. A escala diária identificará a distribuição nas áreas, a referência do plantão e a equipe do transporte.

§ 2º Férias, folgas, intervalos, licenças e capacitações terão cobertura planejada, preservando o quantitativo e o perfil profissional necessários durante todo o período.

Art. 18. Trocas dependerão de autorização do enfermeiro responsável pela escala, equivalência de categoria e competência e registro da alteração. Ausências previsíveis serão informadas assim que conhecidas; impedimentos imprevistos serão comunicados imediatamente.

Art. 19. A coordenação manterá cadastro de substitutos habilitados e acionará cobertura tão logo identifique ausência ou risco de lacuna. O registro conterá horário da identificação, contatos realizados, profissional confirmado, horário de chegada e providências adotadas.

Parágrafo único. Remanejamentos dependerão de avaliação do enfermeiro e não poderão desguarnecer áreas críticas ou utilizar a equipe de transporte como cobertura interna. A supervisão acionará a gestão e o ERT quando a solução exigir reforço ou contratação emergencial.

Art. 20. Eventual disponibilidade gerencial de sobreaviso será complementar, formalizada e não substituirá a presença de enfermeiros e técnicos nos postos previstos. A responsabilidade assistencial do plantão permanecerá com a equipe presente, observados os limites éticos e legais.

CAPÍTULO V — PROCESSO DE ENFERMAGEM E REGISTROS

Art. 21. O cuidado será organizado pelo Processo de Enfermagem, com avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, conforme a Resolução Cofen nº 736/2024, adequado ao tempo e à complexidade do atendimento de urgência.

§ 1º O enfermeiro registrará as etapas e revisará o plano diante de mudanças clínicas. Diagnósticos e prescrição de enfermagem serão de sua competência privativa.

§ 2º Os técnicos participarão da implementação, das anotações e da checagem dos cuidados realizados, sob orientação e supervisão. A checagem somente será feita após a execução, identificando recusas, impossibilidades e providências.

Art. 22. Os registros serão objetivos, cronológicos e individualizados, contendo data, horário, identificação profissional, categoria e Coren, com assinatura conforme o suporte adotado. Deverão permitir reconhecer avaliação, cuidado, resposta, intercorrência e comunicação efetuada.

§ 1º O sistema eletrônico utilizará credenciais individuais, perfis de acesso e assinatura compatível com as exigências legais e da Resolução Cofen nº 754/2024. Não haverá compartilhamento de senhas ou registro em nome de terceiros.

§ 2º Correções preservarão o histórico. Na indisponibilidade do sistema, serão utilizados formulários de contingência identificados e assinados, com incorporação posterior controlada ao prontuário e preservação dos documentos originais.

§ 3º O registro será feito oportunamente; quando diferido em razão de emergência, informará o horário do fato e o momento da anotação, sem comprometer a assistência imediata.

Art. 23. A divulgação de informações observará finalidade assistencial, dever legal, direitos do usuário e acesso restrito. Dados ou imagens não serão armazenados em dispositivos pessoais nem encaminhados por contas pessoais; serão utilizados os meios institucionais autorizados.

CAPÍTULO VI — PASSAGEM DE PLANTÃO E INTERCORRÊNCIAS

Art. 24. A passagem ocorrerá em todos os turnos, de enfermeiro para enfermeiro e entre técnicos das áreas correspondentes, com confirmação de recebimento. Não serão divulgadas informações sensíveis diante de pessoas sem participação no cuidado.

§ 1º Serão transmitidos identificação, situação clínica, alergias, riscos, dispositivos, medicamentos e infusões, exames, pendências, precauções e necessidades de reavaliação ou transferência, com atenção prioritária aos casos graves.

§ 2º Nos casos críticos, a comunicação será complementada junto ao leito, com conferência dos dispositivos e cuidados em curso. A distribuição de pacientes e atribuições será confirmada pelo enfermeiro que assume.

Art. 25. O instrumento de passagem registrará data, horários, profissionais envolvidos, pendências e encaminhamentos. Livro ou formulário de ocorrências administrativas não substituirá o prontuário. A ausência de quem deveria assumir será comunicada imediatamente para cobertura segura, sem abandono da assistência e sem prorrogação habitual de jornada como solução de gestão.

Art. 26. Alteração clínica será comunicada imediatamente ao enfermeiro, que avaliará o usuário, acionará o médico quando indicado e organizará as

intervenções de sua competência. Em ameaça à vida, o acionamento da resposta de emergência e da equipe médica será simultâneo, sem aguardar a tramitação hierárquica.

Art. 27. Falhas de equipamento, indisponibilidade de insumos, erros de medicação, quedas e demais incidentes seguirão a sequência: proteger e assistir o usuário; acionar enfermeiro e equipe necessária; comunicar à liderança; registrar o cuidado no prontuário; e notificar pelo canal institucional de segurança do paciente.

Parágrafo único. A notificação incluirá fatos, horários, consequências conhecidas e medidas imediatas, preservando envolvidos. A supervisão acompanhará as ações corretivas e a comunicação à gestão, à vigilância ou ao conselho profissional quando cabível.

Art. 28. A transferência terá comunicação com a equipe de destino e transporte, identificação do usuário, documentação e resumo do cuidado. Será verificada a adequação do suporte à situação clínica, conforme avaliação e regulação, sem deslocamento de profissionais que comprometa os postos internos.

Parágrafo único. Os técnicos dedicados à ambulância Tipo B atuarão conforme suas competências, protocolos e supervisão definida. Necessidades de suporte avançado serão encaminhadas à regulação e ao SAMU 192, conforme o objeto do edital.

CAPÍTULO VII — SUPERVISÃO E QUALIDADE

Art. 29. A supervisão será contínua nos plantões, exercida pelos enfermeiros assistenciais sobre a equipe técnica e pelas lideranças sobre a organização do serviço, sob coordenação do ERT. No início de cada turno serão verificados equipe, distribuição, casos prioritários, materiais críticos e pendências.

Art. 30. A supervisão verificará, por observação e auditoria amostral, identificação do usuário, prescrições e registros, segurança dos medicamentos,

dispositivos, precauções, reavaliações e passagem de plantão. Os achados serão discutidos com os envolvidos e convertidos em providências com responsável, prazo e verificação de resultado.

Art. 31. A avaliação mensal do serviço compreenderá cobertura das escalas, absenteísmo, registros, adesão à passagem de plantão, incidentes e participação nas capacitações. Haverá reunião mensal de análise por unidade e articulação entre as duas UPAs para padronização e melhoria.

Art. 32. Dificuldades de desempenho serão tratadas com orientação, acompanhamento e reavaliação. Fatos que indiquem infração ética serão encaminhados às instâncias competentes, sem confundir avaliação administrativa com julgamento pelo Sistema Cofen/Coren.

CAPÍTULO VIII — EDUCAÇÃO PERMANENTE

Art. 33. A educação permanente será coordenada pelo ERT em articulação com a liderança da unidade e executada com apoio da IBEscola. Haverá planejamento anual, atividades mensais e revisão trimestral das necessidades, considerando incidentes, auditorias, mudanças de protocolos e avaliação das equipes.

Art. 34. Todo profissional passará por integração antes da atuação autônoma na área, incluindo fluxos, prontuário, limites de competência, segurança e resposta a emergências. Procedimentos que exijam capacitação específica somente serão atribuídos após verificação de preparo e orientação prática.

Art. 35. A programação contemplará Processo de Enfermagem e registros; classificação de risco para enfermeiros; urgências no adulto e na criança; segurança dos medicamentos; prevenção de infecções; dispositivos e

procedimentos; passagem de plantão; transporte seguro; ética, comunicação, humanização e proteção de dados.

Parágrafo único. As estratégias incluirão discussão de casos, oficinas, simulações, estudo orientado e cursos presenciais ou a distância, selecionados conforme os objetivos e a aplicabilidade ao trabalho.

Art. 36. As atividades abrangerão todos os turnos e categorias, com repetição de turmas e cobertura das ausências. Serão registrados tema, conteúdo, carga horária, instrutor, participantes e avaliação de aprendizagem; a aplicação prática será acompanhada por observação e auditoria, com reforço educativo quando necessário.

CAPÍTULO IX — APROVAÇÃO, DIVULGAÇÃO E REVISÃO

Art. 37. Esta minuta será apreciada pelo ERT, pelas lideranças de enfermagem e pela gestão do IBSAÚDE, com participação da equipe e formalização da aprovação institucional antes de sua implantação. Serão observados os procedimentos de apresentação ao Coren-TO e as exigências da parceria aplicáveis.

Art. 38. A versão aprovada terá identificação, data, responsáveis e controle de revisão. Será disponibilizada às equipes, com ciência registrada, e integrada ao processo de acolhimento dos profissionais.

Art. 39. O Regimento será revisto anualmente ou diante de mudança normativa, assistencial ou organizacional. As alterações serão validadas pelo ERT e pela gestão, divulgadas e incorporadas aos fluxos e capacitações, com retirada controlada das versões superadas.

Art. 40. Os casos omissos serão apreciados pelo ERT e pela gestão, respeitadas as competências legais, a autonomia profissional e as orientações do

Coren-TO. Não serão admitidas disposições que reduzam a cobertura contratual ou autorizem atuação fora dos limites de habilitação.

Base Normativa e Documental

• Lei nº 7.498/1986 e alterações; Decreto nº 94.406/1987: exercício profissional da enfermagem.

• Resolução Cofen nº 564/2017: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

• Resolução Cofen nº 782/2025, alterada pela nº 784/2025: responsabilidade técnica e atribuições do ERT.

• Parecer Normativo nº 1/2024/Cofen: planejamento da força de trabalho; Resolução Cofen nº 743/2024: revogação da nº 543/2017.

• Resolução Cofen nº 736/2024: Processo de Enfermagem.

• Resolução Cofen nº 754/2024: prontuário eletrônico e plataformas digitais.

• Resolução Cofen nº 661/2021: classificação de risco no âmbito da enfermagem.

• Resolução Cofen nº 713/2022: atuação no atendimento pré-hospitalar móvel, no que se aplicar à equipe de transporte e sua supervisão, sem ampliação do objeto da parceria.

V.1.7. PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

Regimento do Corpo Clínico
UPA Norte e UPA Sul - Palmas/TO

APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

O IBSAÚDE apresenta a seguinte minuta integral do Regimento do Corpo Clínico, destinada à organização da atuação médica nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte — José de Souza Dourado, CNES nº 2755289, e Sul — Gerson Pires de Aguiar, CNES nº 2492555. O instrumento disciplina o ingresso

e a permanência dos profissionais, seus direitos e deveres, as responsabilidades de direção, a cobertura das escalas e o tratamento das questões éticas. Sua implantação compreenderá apreciação e aprovação pelo corpo clínico de cada unidade, formalização das responsabilidades e encaminhamento ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO), observadas as competências e os procedimentos aplicáveis.

MINUTA DO REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I — FINALIDADE E ABRANGÊNCIA

Art. 1º Este Regimento organiza o corpo clínico de cada UPA abrangida pela parceria, com a finalidade de assegurar continuidade assistencial, segurança do paciente, responsabilidade profissional e integração com a Rede de Atenção à Saúde do SUS.

§ 1º As disposições comuns aplicam-se às duas unidades, preservadas suas identidades, cadastros profissionais, registros de ocorrências, escalas e instâncias de representação.

§ 2º O atendimento funcionará ininterruptamente, 24 horas por dia, inclusive fins de semana e feriados. A UPA presta atendimento de urgência e emergência, estabilização e observação, articuladas à regulação, sem substituir a internação hospitalar.

Art. 2º A aplicação deste Regimento observará o edital e seu Termo de Referência, o Código de Ética Médica e as resoluções do CFM pertinentes ao corpo clínico, às direções médicas, às UPAs e às Comissões de Ética Médica, nos dispositivos vigentes e aplicáveis.

Parágrafo único. Metas institucionais e decisões administrativas serão executadas com respeito à autonomia médica, às necessidades clínicas e aos limites de segurança assistencial.

CAPÍTULO II — COMPOSIÇÃO, ADMISSÃO E PERMANÊNCIA

Art. 3º O corpo clínico será formado pelos médicos habilitados e admitidos para atuação na respectiva unidade, independentemente do vínculo trabalhista, contratual ou funcional, compreendendo:

I — membros regulares: médicos com atuação continuada, inclusive servidores municipais eventualmente disponibilizados;

II — membros temporários ou substitutos: médicos admitidos por período determinado para cobertura assistencial, submetidos aos mesmos requisitos de habilitação e responsabilidade;

III — médicos em formação, quando houver programa formal: residentes com registro profissional e supervisão definida, sem cômputo como substitutos dos postos mínimos exigidos.

§ 1º Os membros regulares e temporários em exercício poderão participar das assembleias e votar. A candidatura a cargos eletivos observará os requisitos deste Regimento, o vínculo compatível com o mandato e as restrições fixadas pelo CFM e CRM-TO.

§ 2º Acadêmicos não integram o corpo clínico como médicos e somente participarão de atividades de ensino formalmente autorizadas, sob supervisão.

Art. 4º A admissão compreenderá solicitação ou encaminhamento da contratação, conferência documental, avaliação técnica, deliberação do corpo clínico e formalização administrativa, sem discriminação e com registro das decisões.

§ 1º Serão verificados diploma, identidade, inscrição ativa e habilitação para exercício no Tocantins, currículo, experiência exigida para a função e registro de qualificação de especialista (RQE), quando aplicável. A consulta ao conselho e os comprovantes serão arquivados na pasta funcional.

§ 2º O ingresso será limitado às atividades para as quais o médico esteja habilitado e tenha sido admitido. Ampliações de atuação dependerão de nova avaliação, ressalvada a assistência necessária em emergência.

§ 3º Antes do primeiro plantão, o profissional receberá orientação sobre prontuário, fluxos assistenciais, regulação, segurança do paciente, comunicação de intercorrências e responsabilidades previstas neste Regimento.

Art. 5º A permanência dependerá da manutenção da habilitação, do cumprimento das obrigações assistenciais e da participação nos processos de qualidade e atualização profissional. A direção clínica e a gestão de pessoas manterão relação atualizada dos integrantes por unidade e das funções autorizadas.

Parágrafo único. A avaliação considerará qualidade dos registros, cumprimento da escala, segurança e relacionamento profissional, com devolutiva individual e oportunidade de aperfeiçoamento; indicadores de produção isolados não determinarão condutas clínicas.

Art. 6º A saída poderá decorrer de pedido do médico, encerramento do vínculo ou do período de atuação, impedimento legal ou exclusão administrativa fundamentada. A gestão organizará a substituição, a passagem dos casos e a atualização dos acessos e cadastros.

§ 1º A exclusão por fatos administrativos será precedida de apuração documentada, ciência das imputações, acesso aos elementos pertinentes, oportunidade de defesa e decisão motivada, sujeita à deliberação do corpo clínico e ao quórum previsto no art. 12.

§ 2º O encerramento de vínculo e as decisões administrativas não equivalem a julgamento ético-profissional. Indícios de infração ética seguirão o fluxo próprio de comunicação ao CRM-TO, resguardado o direito de recurso ao Conselho.

§ 3º Diante de risco imediato, a direção técnica adotará medidas proporcionais de proteção e cobertura assistencial, sem antecipar penalidade ética e sem afastar o procedimento de apuração cabível.

CAPÍTULO III — DIREITOS E DEVERES

Art. 7º São assegurados aos membros: autonomia técnica; acesso aos recursos necessários à assistência dentro das atribuições; condições seguras de trabalho; participação nas reuniões e eleições; manifestação sobre falhas; tratamento respeitoso; acesso às decisões que lhes digam respeito; defesa nos procedimentos administrativos e remuneração conforme o vínculo e as condições pactuadas.

Parágrafo único. O relato fundamentado de risco ou irregularidade será recebido sem retaliação. A comunicação poderá ser dirigida às direções, à Comissão de Ética Médica ou diretamente ao CRM-TO, conforme a matéria.

Art. 8º Compete a cada médico:

I — prestar cuidado com respeito, equidade e responsabilidade, observando limites de competência e acionando apoio quando necessário;

II — comparecer aos plantões, comunicar impedimentos, realizar passagem dos casos e não deixar a assistência desguarnecida;

III — registrar avaliação, hipóteses diagnósticas, condutas, prescrições, reavaliações e desfechos com identificação, CRM, data e horário;

IV — utilizar protocolos institucionais e justificar no prontuário eventuais decisões individualizadas;

V — colaborar com colegas, enfermagem e demais profissionais, mantendo comunicação clara sobre alterações do quadro e prioridades;

VI — participar de capacitações, auditorias assistenciais e ações das comissões, preservado o sigilo;

VII — informar riscos, eventos adversos e condições inadequadas pelos canais definidos;

VIII — utilizar credenciais individuais nos sistemas, preservar dados e não compartilhar senhas;

IX — fornecer informações compreensíveis ao usuário e respeitar sua autonomia, observadas as situações legais de representação e emergência;

X — cumprir as normas sanitárias e ocupacionais aplicáveis, inclusive prevenção de exposições e uso de equipamentos de proteção.

Art. 9º A comunicação com usuários e familiares será compatível com a situação clínica, com registro das orientações relevantes. Divergências entre profissionais serão discutidas em ambiente reservado, sem atrasar intervenções necessárias.

CAPÍTULO IV — ORGANIZAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

Art. 10. A organização médica de cada unidade compreenderá Assembleia do Corpo Clínico, Direção Clínica, Direção Técnica/Responsável Técnico Médico e Comissão de Ética Médica, articuladas à coordenação operacional e às demais comissões assistenciais.

Art. 11. A Assembleia apreciará admissões e exclusões, elegerá representantes, discutirá condições de assistência e deliberará sobre este Regimento. Haverá reunião ordinária semestral e extraordinária quando necessária.

Art. 12. As assembleias serão convocadas com antecedência mínima de dez dias, instalando-se com dois terços dos membros na primeira chamada e, uma hora depois, com os presentes na segunda. As decisões serão por maioria simples; a exclusão exigirá dois terços dos votos. Um terço dos integrantes poderá requerer assembleia extraordinária, com antecedência mínima de 24 horas.

Parágrafo único. A convocação explicitará a pauta. As atas registrarão presenças, deliberações, responsáveis e encaminhamentos, com acesso compatível com o sigilo dos assuntos.

Art. 13. O diretor clínico e seu vice serão escolhidos pelos médicos por voto pessoal, direto e secreto, em eleição convocada com antecedência mínima de dez

dias, para mandato de dois anos, permitida recondução. Vencerá a chapa com maioria simples dos votos válidos; empate será resolvido em novo escrutínio entre as chapas empatadas.

§ 1º O vice substituirá o titular nos impedimentos. Na vacância definitiva, assumirá e convocará eleição em até 30 dias, para recomposição da direção, observadas as orientações do CRM-TO.

§ 2º A ata e os dados dos eleitos serão encaminhados ao CRM-TO. A escolha da direção clínica não será substituída por indicação unilateral da administração.

CAPÍTULO V — DIREÇÃO TÉCNICA E DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 14. O IBSAÚDE designará médico habilitado como diretor técnico/Responsável Técnico Médico de cada unidade, formalizando nome, CRM, atribuições e substituição. A acumulação de responsabilidades somente ocorrerá quando admitida pelas normas profissionais e compatível com seu exercício efetivo.

Parágrafo único. O impedimento do titular exigirá designação imediata de substituto médico e as comunicações devidas ao Conselho.

Art. 15. Compete à direção técnica responder pelo funcionamento médico perante as autoridades; verificar habilitações; assegurar meios adequados de trabalho; organizar e fiscalizar escalas; resolver faltas de plantonistas; promover correção de deficiências de estrutura e abastecimento; e garantir condições de atuação das comissões.

Parágrafo único. Demandas de manutenção, insumos e reforço de equipe serão registradas e acompanhadas junto à gestão, com prioridade conforme o risco e comunicação às instâncias competentes quando persistir situação crítica.

Art. 16. Compete à direção clínica representar os médicos, supervisionar a assistência, acompanhar os registros e a passagem de responsabilidade, promover

discussão dos casos e cumprimento deste Regimento, e comunicar à direção técnica os problemas que dependam de providência institucional.

Parágrafo único. A supervisão incluirá verificação amostral dos registros, análise de intercorrências e devolutiva aos envolvidos, em articulação com revisão de prontuários, segurança do paciente e educação permanente.

Art. 17. O coordenador médico operacional organizará a distribuição diária das equipes e encaminhará necessidades às direções. Sua designação não substitui a eleição da direção clínica nem a formalização da responsabilidade técnica.

Art. 18. A identificação nominal será registrada no quadro abaixo e atualizada a cada alteração, com os documentos comprobatórios correspondentes. A indicação para a proposta e a experiência do responsável técnico observarão também o item V.3.6 e o Formulário V-D do edital.

Quadro de Identificação dos Responsáveis

UPA Norte | Diretor técnico/RT médico: [NOME] | CRM/UF: [NÚMERO] | RQE, se aplicável: [NÚMERO]
UPA Norte | Diretor clínico: [NOME DO ELEITO] | CRM/UF: [NÚMERO] | Ata/data da eleição: [IDENTIFICAÇÃO]
UPA Sul | Diretor técnico/RT médico: [NOME] | CRM/UF: [NÚMERO] | RQE, se aplicável: [NÚMERO]
UPA Sul | Diretor clínico: [NOME DO ELEITO] | CRM/UF: [NÚMERO] | Ata/data da eleição: [IDENTIFICAÇÃO]

CAPÍTULO VI — ESCALAS, SUBSTITUIÇÃO E SOBREAVISO

Art. 19. Haverá escala mensal individualizada por unidade, validada pela direção técnica e divulgada antes do início de sua vigência, com nome, CRM,

função, área, data, horários e contato de acionamento. Será mantido histórico das versões e alterações.

Art. 20. A cobertura mínima presencial por UPA observará o Quadro 6 do Termo de Referência: nove médicos clínicos no período diurno e sete no noturno; um pediatra e um ortopedista em cada período; e um ultrassonografista em plantão de seis horas no período diurno. Os plantões de 12 horas compreenderão 07h às 19h e 19h às 07h.

§ 1º A escala discriminará a distribuição dos clínicos entre primeiro atendimento, áreas críticas e observação, bem como o horário específico da ultrassonografia, preservando a cobertura e o acompanhamento dos pacientes.

§ 2º Férias, afastamentos, folgas, capacitações e intervalos serão planejados com substituição e sem redução dos postos exigidos. O dimensionamento será integral, independentemente da eventual disponibilização de servidores municipais.

Art. 21. As trocas dependerão de autorização e de substituto com habilitação compatível. Serão registradas na escala, sem prejuízo da responsabilidade de comparecimento até a confirmação formal da alteração.

Art. 22. Será mantido cadastro atualizado de médicos aptos a coberturas, com especialidade, disponibilidade e contatos. Ausências previsíveis deverão ser informadas tão logo conhecidas, permitindo reposição antecipada; as imprevistas serão comunicadas imediatamente à coordenação e à direção técnica.

§ 1º Constatada falta ou atraso, a coordenação acionará o substituto e a direção técnica, registrando horários, respostas e solução. Persistindo a lacuna, a gestão providenciará reforço emergencial compatível com o posto.

§ 2º O médico em saída comunicará a ausência do sucessor e manterá a assistência até a passagem segura, ressalvado justo impedimento. A gestão não

utilizará essa obrigação ética como mecanismo habitual de prorrogação de jornada, devendo organizar substituição e descanso seguro.

Art. 23. Na passagem de plantão haverá comunicação médico a médico dos pacientes em atendimento, em observação e em estabilização, incluindo evolução, riscos, pendências, tratamentos, exames e solicitações de transferência. A passagem será registrada com identificação e horário.

Art. 24. Eventual sobreaviso terá caráter complementar, com relação nominal, meio de contato, atribuição e prazo de resposta definido no instrumento de contratação conforme a necessidade assistencial. Seu acionamento e comparecimento serão registrados.

Parágrafo único. O sobreaviso não substituirá os postos presenciais do Quadro 6. A assistência urgente será iniciada pela equipe presente, sem aguardar profissional de sobreaviso para medidas imediatas.

Art. 25. A saída de médico para atividade externa dependerá de cobertura efetiva e compatibilidade com o objeto. Transferências com suporte avançado serão solicitadas ao SAMU 192 e à regulação competente, conforme o Termo de Referência, preservados os postos internos.

CAPÍTULO VII — SEGURANÇA, REGISTROS E REGULAÇÃO

Art. 26. A prioridade assistencial seguirá a classificação de risco, com acesso imediato às intervenções nos casos críticos, reavaliação durante a espera e comunicação entre as áreas. Nenhum usuário será liberado pela classificação de risco sem avaliação médica.

Art. 27. A observação terá plano de cuidado e reavaliações proporcionais ao risco. Necessidades superiores à capacidade da UPA serão submetidas prontamente à regulação. Permanência prolongada, instabilidade, necessidade de

ventilação invasiva ou falta de leito serão escalonadas à direção técnica, mantendo-se a assistência até transferência segura.

Parágrafo único. Serão documentados indicação, horários, contatos, respostas e condições da transferência. A unidade não autorizará por conta própria encaminhamento em "vaga zero", cuja decisão compete à regulação médica.

Art. 28. O prontuário permitirá identificar o responsável pelo cuidado e as intervenções realizadas. Correções preservarão a rastreabilidade, vedada a utilização da credencial de outro profissional. Comunicações operacionais não substituirão os registros assistenciais.

Art. 29. O corpo clínico participará do monitoramento de cobertura das escalas, passagem de plantão, registros, reavaliações e intercorrências. Os resultados orientarão medidas de melhoria, com responsável e prazo de execução, sem exposição indevida de pacientes ou profissionais.

CAPÍTULO VIII — COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 30. Será organizada Comissão de Ética Médica por unidade, observada a proporcionalidade da Resolução CFM nº 2.152/2016 e a homologação pelo CRM-TO. A constituição conjunta somente será adotada se atender às condições normativas e à apreciação do Conselho.

Art. 31. A composição, elegibilidade e eleição seguirão a Resolução CFM nº 2.152/2016. Para corpo clínico de 31 a 999 médicos, haverá ao menos três titulares e três suplentes. O mandato será de 24 meses. Diretores técnicos, clínicos e administrativos não integrarão a Comissão.

Parágrafo único. Na hipótese de dispensa normativa por quantitativo, as demandas éticas serão encaminhadas ao CRM-TO pela direção clínica ou técnica, sem prejuízo de constituição facultativa regular e dos compromissos assumidos na proposta.

Art. 32. A Comissão atuará com independência, orientação educativa e apuração preliminar, sem aplicar penalidades ético-profissionais. Reunir-se-á ordinariamente a cada dois meses e extraordinariamente quando necessário, preservando atas e documentos em acesso restrito.

Art. 33. O fluxo de questões éticas compreenderá recebimento reservado, registro, preservação de provas, comunicação ao presidente da Comissão, providências preliminares e encaminhamento ao CRM-TO na forma normativa. A instauração de apuração interna será comunicada imediatamente ao Conselho; indícios que envolvam integrante da Comissão serão remetidos diretamente ao CRM-TO.

Parágrafo único. A ausência de Comissão instalada ou o envolvimento de dirigente não impedirá comunicação direta ao Conselho. Risco assistencial demandará proteção imediata, sem aguardar conclusão da apuração.

Art. 34. A Comissão manterá articulação educativa com as demais instâncias, sem compartilhar indiscriminadamente autos éticos. Eventos adversos serão analisados também pelo fluxo de segurança do paciente, respeitadas as finalidades de cada procedimento.

CAPÍTULO IX — APROVAÇÃO E REVISÃO

Art. 35. Esta minuta será submetida à aprovação do corpo clínico de cada UPA e encaminhada ao CRM-TO para registro e aprovação, observados os procedimentos aplicáveis. Não substitui as atas de eleição, a indicação nominal do RT nem os registros profissionais exigidos.

Art. 36. O documento será disponibilizado aos profissionais, com ciência registrada. A direção clínica promoverá revisão anual ou diante de alteração

normativa ou operacional, submetendo mudanças ao corpo clínico e ao Conselho quando cabível.

Art. 37. Omissões serão apreciadas pelas instâncias competentes, respeitadas a legislação, a competência do CRM-TO e as condições da parceria. Não poderão ser suprimidos direitos profissionais ou reduzidas as exigências de cobertura e segurança.

Base Normativa e Documental

• Resolução CFM nº 1.481/1997: diretrizes dos regimentos internos de corpo clínico.

• Resolução CFM nº 2.147/2016: atribuições das direções técnica e clínica, considerados o texto consolidado e os dispositivos vigentes aplicáveis.

• Resolução CFM nº 2.079/2014: funcionamento das UPAs 24 horas e organização do trabalho médico.

• Resolução CFM nº 2.152/2016: organização, eleição e atuação das Comissões de Ética Médica.

• Resolução CFM nº 2.217/2018 e alterações: Código de Ética Médica.

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

1.8.1. Apresentação, Objetivo e Escopo

O IBSAÚDE implantará e manterá uma solução integrada de informação assistencial e gerencial para as UPAs Norte — José de Souza Dourado, CNES 2755289, e Sul — Gerson Pires de Aguiar, CNES 2492555, destinada à continuidade do cuidado, ao registro profissional, à integração com os sistemas oficiais e à demonstração dos resultados e da aplicação dos recursos da parceria.

O projeto abrangerá prontuário eletrônico, acolhimento e classificação de risco, atendimento multiprofissional, prescrição, dispensação e administração de

medicamentos, exames, observação, regulação, produção, estoques, patrimônio, custos e documentação de prestação de contas. As informações serão segregadas por unidade e consolidadas para a parceria quando cabível, sem substituir a apuração individual exigida pelo edital.

A arquitetura e os procedimentos descritos constituem compromissos da solução a implantar. A homologação será demonstrada por testes, registros de transmissão, conciliações e termos de aceite. A identificação comercial, a versão, os componentes e o fornecedor efetivamente contratados serão registrados na ficha técnica, sem presunção de integração, certificação ou funcionalidades já comprovadas.

O projeto será executado em coerência com os regimentos V.1.5, V.1.6 e V.1.7, com os controles de suprimentos e custos dos itens V.1.10 e V.1.11. Custos de implantação, licenças, infraestrutura, conectividade, segurança, certificados, suporte, capacitação e transição serão contemplados na proposta financeira.

1.8.2. Governança e Responsabilidades

A gestão da parceria responderá pelo patrocínio, orçamento, recursos e interlocução com a SEMUS. A coordenação de TI responderá por infraestrutura, contratos tecnológicos, disponibilidade, integração, suporte e recuperação. As direções médica e de enfermagem validarão conteúdo clínico, perfis profissionais, assinatura, usabilidade e segurança assistencial. Farmácia e apoio diagnóstico validarão seus respectivos módulos e interfaces.

A equipe de produção e faturamento será responsável pelo cadastro, consistência e envio das informações de sua competência; o responsável administrativo-financeiro validará custos e documentos. A Comissão de Revisão de Prontuários e o Núcleo de Segurança do Paciente participarão da avaliação dos registros e incidentes, preservadas suas atribuições e o sigilo.

O encarregado de dados atuará na orientação de trabalhadores, atendimento aos titulares, análise de riscos e comunicação com os agentes de tratamento e a ANPD. A definição dos papéis de SEMUS, IBSAÚDE e

fornecedores será documentada por operação, segundo quem decide finalidades e meios essenciais e quem executa o tratamento por instrução. Não se presumirá um único papel para todas as bases de saúde, pessoal e finanças.

Identificação e Contatos do Projeto

Função ou canal	Forma de definição e formalização	Responsabilidade
Gestor do projeto	Designação pela direção do IBSAÚDE, com definição das atribuições e da interlocução institucional.	Coordenar recursos, acompanhar o cronograma e manter articulação com a SEMUS.
Responsável por tecnologia da informação	Designação de responsável técnico pela coordenação da solução e pelo relacionamento com os fornecedores.	Acompanhar infraestrutura, disponibilidade, segurança operacional, suporte e integrações.
Encarregado pelo tratamento de dados pessoais	Designação formal pelo IBSAÚDE, com atuação abrangendo a parceria e definição das condições necessárias ao exercício de suas atribuições.	Atender os titulares, orientar as equipes e articular as providências relacionadas à proteção de dados pessoais.
Canal institucional do encarregado	Disponibilização e divulgação de canal próprio para assuntos de proteção de dados, com rotina de recebimento, registro e acompanhamento.	Receber solicitações e comunicações, encaminhá-las aos responsáveis e acompanhar as respostas.
Substituto do encarregado	Definição formal de substituição para ausências e impedimentos, com acesso às informações necessárias à continuidade das atividades.	Assegurar a continuidade do atendimento e das atribuições de proteção de dados.

A indicação do encarregado será formal, com divulgação pública de identidade e contato e avaliação de conflitos de interesse, conforme a LGPD e a Resolução CD/ANPD nº 18/2024.

As designações serão documentadas e comunicadas às equipes e à gestão municipal. A identificação e o contato do encarregado serão divulgados nos canais institucionais, mantendo-se as informações atualizadas durante a execução da parceria.

1.8.3. Arquitetura Funcional e Identificação dos Registros

A solução terá aplicação assistencial e módulos gerenciais integrados, banco transacional, serviço de integração, repositório documental, camada de relatórios e ambiente de recuperação. Produção, homologação e testes serão separados. Testes utilizarão dados fictícios ou anonimizados, vedada cópia indiscriminada da base clínica para desenvolvimento.

O cadastro mestre vinculará usuário, estabelecimento, profissional, vínculo e episódio assistencial por identificadores persistentes. Cada episódio indicará CNES, origem da demanda, data e hora dos eventos, profissional, categoria e desfecho. CPF e CNS serão usados conforme as regras oficiais e disponibilidade, com identificação provisória em emergência e conciliação posterior controlada, sem retardar a assistência.

O sistema distinguirá um atendimento do conjunto de atos praticados dentro dele. Reavaliações, exames, eletrocardiogramas, resultados, procedimentos e monitoramento da regulação serão vinculados ao episódio original, sem gerar artificialmente novos episódios de demanda espontânea. Duplicidades serão encaminhadas à conferência humana antes de qualquer fusão, preservando o histórico.

Os eventos terão data/hora clínica e data/hora de registro, com fuso local e sincronização dos relógios. Classificação inicial, reclassificações, início do atendimento, decisão de transferência e solicitação à regulação serão eventos diferentes. Alterações não apagarão os eventos anteriores ou mudarão silenciosamente os marcos de indicadores.

Módulos, Dados e Controles

Modulo	Funcionalidades previstas	Evidência de funcionamento
Recepção e cadastro	Identificação, CNS/CPF, CNES, entrada, origem da demanda e identificador de episódio	Cadastro de teste, controle de duplicidade e rastreio do episódio
Acolhimento e classificação	Queixa, avaliação, prioridade, cinco categorias autônomas,	Teste das cinco categorias, histórico e alerta de reavaliação

	horário e reclassificação, profissional e fila	
Atendimento médico	Anamnese, exame, hipóteses, diagnóstico, conduta, exames, reavaliações e desfecho	Prontuário de teste assinado e linha do tempo
Enfermagem e demais profissões	Processo de Enfermagem, planos, intervenções, anotações e registros por competência	Perfis de enfermeiro, técnico e demais profissionais validados
Prescrição	Itens, apresentação, dose, via, frequência, duração, prescritor e alertas de alergia	Prescrição assinada, alteração rastreável e validação por perfil
Farmácia e administração	Dispensação por prescrição, lote, validade, quantidade, baixa, devolução e checagem da administração	Conciliação prescrito–dispensado–administrado, sem checagem antecipada
Resultados de exames	Solicitação, coleta, realização, laudo, horários e comunicação de resultado crítico	Vínculo pedido–resultado–usuário e confirmação do recebimento crítico
Observação e regulação	Entrada/saída de observação, decisão de transferência, solicitação, protocolo, atualizações e destino	Relatório dos intervalos e auditoria do protocolo oficial
Gestão e documentos	Estoques, nutrição, patrimônio, manutenção, custos e comprovantes	Relatórios conciliados por unidade, competência e centro de custo
BI e fiscalização	Indicadores, memória de cálculo, filtros por CNES, acesso SEMUS e exportação	Reprocessamento auditável e acesso de consulta autorizado

A fila apoiará priorização e reavaliação, sem autorizar espera clínica insegura. Os tempos contratuais serão parâmetros de apuração; necessidades de intervenção imediata prevalecerão. O módulo de enfermagem respeitará as competências privativas e o Processo de Enfermagem previsto na Resolução Cofen nº 736/2024.

Acessibilidade do sistema de senhas e chamadas

O sistema de senhas das UPAs Norte e Sul contará com chamada visual e verbal acessível a pessoas com deficiência auditiva e visual. O painel apresentará

a senha e o local de atendimento com legibilidade e contraste, enquanto o recurso sonoro anunciará verbalmente essas informações, permitindo compreender a chamada sem depender da leitura da tela.

A implantação compreenderá testes dos recursos visuais e sonoros, incluindo correspondência entre senha, anúncio e destino. A recepção verificará diariamente seu funcionamento e acionará o suporte diante de falhas.

Durante indisponibilidades, será adotada chamada assistida, com comunicação visual e verbal, orientação individualizada e acompanhamento quando necessário. A organização das chamadas respeitará a classificação de risco e as prioridades legais, preservando a privacidade dos usuários.

1.8.4. Integração e interoperabilidade com os sistemas oficiais

O IBSAÚDE organizará o intercâmbio de informações das UPAs Norte e Sul com os sistemas oficiais de cadastro, produção assistencial, regulação, vigilância e monitoramento. Cada fluxo identificará o sistema de origem e destino, sua finalidade, os dados utilizados, o mecanismo de transmissão, a periodicidade e os procedimentos de validação.

As informações serão segregadas por unidade, utilizando o CNES correspondente, com identificação da competência e rastreabilidade dos registros. O mecanismo adotado dependerá dos recursos disponibilizados pelo sistema oficial e da autorização do respectivo gestor.

A operação poderá compreender transmissão por interface homologada, importação de arquivo em leiaute oficial ou registro direto por profissional autorizado. O cadastro técnico identificará expressamente a modalidade utilizada, distinguindo as interfaces automáticas dos procedimentos operacionais de alimentação e conciliação.

Matriz de integração e intercâmbio com os sistemas oficiais

Sistema oficial	Finalidade	Dados envolvidos	Mecanismo de transmissão ou intercâmbio	Periodicidade	Validação e evidência
CNES/SCNES — Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Manter a correspondência entre a estrutura cadastrada e os recursos efetivamente disponíveis em cada UPA.	CNES, identificação do estabelecimento, serviços, equipamentos, profissionais, CBO, vínculos e cargas horárias, conforme os campos aplicáveis.	Preparação das informações e encaminhamento ao setor responsável pelo CNES na SEMUS, pelo canal e formato definidos pelo gestor; atualização no aplicativo oficial por usuário autorizado. Consulta à base disponibilizada para conciliação.	Conferência interna mensal e comunicação das alterações quando ocorrerem, respeitando o calendário oficial.	Confronto com quadro de pessoal, escalas, inventário e serviços; conferência do processamento e da atualização cadastral. Evidências: arquivos, protocolos e relatórios de consulta.
SIA/SUS — produção por BPA-I	Registrar e apresentar a produção ambulatorial conforme os instrumentos oficiais.	CNES, competência, identificação do usuário, profissional, CBO, procedimento, data, quantidade e demais campos exigidos pelo leiaute.	Extração da produção do sistema assistencial; geração ou alimentação do BPA-I no formato oficial; consistência e exportação da remessa para o gestor responsável pelo processamento no SIA/SUS.	Registro durante a execução; fechamento mensal e envio conforme o calendário municipal e oficial.	Conferência dos códigos, campos obrigatórios, competência e duplicidades; conciliação entre produção registrada, remetida e processada. Evidências: arquivos, relatórios de críticas e protocolos de entrega.
e-SUS PEC — ambiente utilizado pela gestão municipal	Assegurar o registro e a consulta das informações assistenciais no escopo autorizado para as	Identificação do usuário, atendimento, classificação de risco, registros profissionais, procedimentos e	Registro direto no ambiente oficial autorizado ou intercâmbio por mecanismo expressamente suportado e homologado. Eventual transferência entre	Durante o atendimento, com conferência diária e consolidação mensal dos registros.	Conferência da identificação, autoria, horários, prioridade e desfecho; testes de correspondência entre origem e destino quando houver

	UPAs.	desfechos, conforme os recursos disponíveis.	soluções dependerá de leiaute, documentação técnica e autorização do gestor.		interface. Evidências: registros de auditoria e relatórios de conciliação.
Sistema do Complexo Regulador Estadual — referido como SER no Termo de Referência	Solicitar e acompanhar encaminhamentos e transferências reguladas.	Identificação do usuário, unidade solicitante, condição clínica, justificativa, exames, suporte necessário, horários, protocolo e atualizações.	Registro e acompanhamento no sistema oficial por profissional autorizado; interface com o prontuário somente quando disponibilizada e homologada. O protocolo oficial será vinculado ao registro assistencial.	A cada indicação de transferência, com atualização conforme a evolução clínica e as solicitações da regulação.	Conferência dos horários da decisão e da solicitação, completude clínica, protocolo e situação regulatória. Evidências: histórico do sistema e registros em prontuário.
SISREG — quando integrante dos fluxos definidos pela SEMUS	Operacionalizar os encaminhamentos atribuídos a essa plataforma pela gestão municipal.	Identificação do usuário, solicitação, justificativa, procedimento ou especialidade, prioridade e situação do encaminhamento.	Inclusão e acompanhamento por acesso autorizado ou interface oficialmente disponibilizada. Sua utilização observará a finalidade atribuída pelo gestor.	A cada encaminhamento pertinente e nas atualizações necessárias.	Conferência da solicitação, prioridade, protocolo e retorno. Evidências: registros do sistema e conciliação com a documentação assistencial.
BI municipal	Disponibilizar informações para acompanhamento da produção, dos fluxos e dos indicadores da parceria.	CNES, competência, episódios, classificações, horários, procedimentos, desfechos, retornos e demais campos necessários às fichas do Anexo II deste edital.	Carga por arquivo estruturado, serviço autorizado ou interface homologada, conforme a especificação municipal, com identificação da origem e da versão da extração.	Rotina proposta de atualização diária, conforme disponibilidade do ambiente municipal, e fechamento mensal para apuração.	Conciliação com as bases de origem, verificação de completude, duplicidades e regras de cálculo. Evidências: registros de carga, relatórios de inconsistências e memórias de apuração.
Sinan e demais	Registrar e comunicar doenças, agravos e	Dados de identificação, informações clínicas e	Preenchimento da ficha e registro ou encaminhamento	Conforme o prazo aplicável a cada	Conferência dos campos obrigatórios, datas,

plataformas oficiais de vigilância aplicáveis	eventos sujeitos à vigilância.	epidemiológicas, datas, unidade notificadora e campos específicos do agravo.	pelo fluxo definido pela vigilância municipal; transmissão eletrônica quando oficialmente disponibilizada.	notificação, com comunicação imediata nas situações previstas e acompanhamento das pendências.	duplicidades e recebimento pela vigilância. Evidências: fichas, protocolos e relatórios de pendências, com acesso restrito.

ibsaude.org.br
(48) 99147-3809
secretaria.executiva@ibsaude.org
R. Santo Antônio, 1460 SL 806 | Barreiros - São José/SC | CEP: 88.117-001

A utilização do SISREG e do sistema estadual respeitará a divisão de fluxos estabelecida pelos gestores. A denominação, a versão e os perfis de acesso dos ambientes efetivamente disponibilizados serão registrados no catálogo técnico.

Interfaces adicionais e RNDS

Quando houver aplicação ao escopo das unidades e determinação do gestor, serão incluídos os fluxos com a Rede Nacional de Dados em Saúde — RNDS. A transmissão dependerá do modelo de informação correspondente, do credenciamento e da homologação exigidos, com identificação dos dados enviados, periodicidade e retorno de processamento.

Validação das interfaces

Antes da utilização de cada interface automática ou rotina de importação, a equipe de tecnologia da informação, em conjunto com o responsável pelo processo, verificará:

- Sistema de origem e destino, versão e documentação técnica;
- Campos obrigatórios, códigos, identificadores e regras de correspondência;
- Autorização de acesso e mecanismo de autenticação;
- Cenários de teste e resultados esperados;
- Recebimento, aceitação, rejeição e tratamento de duplicidades;
- Conciliação dos registros transmitidos com os recebidos.

A evidência reunirá os cenários testados, arquivos ou mensagens, retornos de processamento, correções e aceite dos responsáveis. Os testes utilizarão dados fictícios ou ambiente autorizado, conforme a finalidade e as condições disponibilizadas.

Responsabilidades e tratamento das inconsistências

A tecnologia da informação responderá pela configuração, segurança, transmissão e acompanhamento técnico. O faturamento, as coordenações assistenciais, o responsável pela regulação e a referência de vigilância conferirirão os dados de seus processos. A gestão de cada UPA supervisionará as pendências e o cumprimento dos prazos.

Falhas de transmissão terão registro da ocorrência, impacto, responsável e providência adotada. Os reenvios serão controlados para prevenir duplicidades. Na indisponibilidade de interface automática, será utilizado o procedimento operacional autorizado pelo gestor, com posterior conciliação e preservação das evidências de envio e recebimento.

1.8.5. Infraestrutura de Rede, Processamento e Estações

Cada unidade terá rede cabeada gerenciável, switches com portas e capacidade adequadas, segmentação entre assistência, administração, equipamentos, visitantes e videomonitoramento, firewall, proteção de estações e rede sem fio institucional autenticada. Servidores e estações não ficarão expostos diretamente à internet. Acesso remoto de suporte ocorrerá por canal seguro, autenticação forte e autorização rastreável.

Haverá dois meios de conexão com comutação automática, preferencialmente de operadoras e rotas diferentes, incluindo alternativa móvel quando necessário; equipamentos críticos de rede terão alimentação protegida e integração ao plano de energia de emergência. O levantamento identificará largura de banda, latência, cobertura, pontos, nobreaks e equipamentos a manter, repor ou adquirir.

Serão disponibilizadas estações nas recepções, salas de classificação, consultórios, enfermagem, observação/estabilização, farmácia, exames, regulação e gestão. A quantidade assegurará uso pelas equipes sem fila que retarde o cuidado; a distribuição será validada com os responsáveis das áreas. Impressoras

e leitores serão previstos para identificação, etiquetas e contingência. Ativos terão inventário, responsável, localização, configuração e manutenção.

O videomonitoramento terá rede e perfis separados, acesso institucional à SEMUS e trilha de consulta. O posicionamento protegerá intimidade, telas e documentos, com avaliação técnica de privacidade, sem captação indiscriminada de procedimentos, corpos ou áudio clínico. Imagens seguirão política de retenção própria e não serão tratadas como parte automática do prontuário.

1.8.6. Disponibilidade, Backup, Retenção e Recuperação

Para gestão do serviço tecnológico, serão adotadas metas internas de disponibilidade mensal de pelo menos 99,9% dos componentes sob responsabilidade da contratada, tempo de primeira resposta a falha crítica de até 15 minutos e restauração dos serviços críticos em até duas horas (RTO). O objetivo de perda máxima recuperável de dados transacionais será de 15 minutos (RPO), mediante replicação e cópia dos registros de transação. São compromissos técnicos do projeto, distintos dos indicadores contratuais assistenciais.

A proteção seguirá três cópias dos dados, em meios ou domínios de falha distintos, incluindo cópia externa e protegida contra alteração. Replicação isolada não será considerada backup. Cópias serão criptografadas, com chaves segregadas, acesso restrito e alertas de falha; cópias imutáveis ou isoladas protegerão contra exclusão maliciosa e ransomware.

Política de Cópias e Retenção

Objeto	Frequência e retenção propostas	Verificação
Banco transacional	Cópia completa diária; logs para RPO de 15 min; cadeia recuperável de pelo menos 35 dias	Monitoramento diário e teste de restauração mensal
Cópias históricas	Uma cópia mensal por 12 meses e uma anual por cinco anos	Inventário, criptografia e teste trimestral de recuperação
Prontuário e documentos clínicos	Repositório de preservação com mínimo legal de 20 anos do último registro, sem eliminação automática	Plano de preservação, integridade, legibilidade e migração de formato
Configurações e interfaces	Cópia após mudanças e diária; versões por pelo menos 12 meses	Reimplantação testada e histórico de alteração
Trilhas de acesso e auditoria	Retenção operacional proposta de cinco anos, ampliada por obrigação ou necessidade documentada	Acesso restrito, integridade e pesquisa por evento
Registro de incidente com dados	Pelo menos cinco anos do registro, conforme Resolução CD/ANPD nº 15/2024	Dossiê do incidente, decisões e comunicações

A expiração de backup não eliminará o prontuário do repositório de preservação. Eliminação documental dependerá da análise e dos requisitos legais, arquivísticos, éticos e institucionais pertinentes, incluindo impedimentos judiciais e valor histórico. Os prazos deste quadro não autorizam descarte indiscriminado de originais ou registros clínicos.

TI executará restauração mensal de amostra e simulação trimestral do ambiente crítico, com avaliação de tempo e integridade por profissionais assistenciais. Falhas gerarão correção e novo teste. Evidências incluirão data, conteúdo recuperado, tempo, ponto de recuperação e aceite. Haverá monitoração contínua de disponibilidade, armazenamento, certificados, falhas de login, filas de integração e execução dos backups.

1.8.7. Contingência e Retorno à Operação

A indisponibilidade do prontuário acionará imediatamente o procedimento de contingência, sem aguardar o prazo de restauração. A liderança comunicará TI e gestão, identificará a extensão da falha e disponibilizará formulários controlados para acolhimento, classificação, atendimento, prescrição, administração, exames, observação e transferência.

Os formulários terão CNES, identificador provisório do episódio, usuário, profissional, categoria/conselho, data e horários clínicos, assinatura e campos necessários aos indicadores. Não serão preenchidos ou assinados em nome de terceiros. O material permanecerá protegido na unidade, com controle de entrega e recolhimento. Serão mantidos contatos alternativos de laboratório, regulação e suporte.

Se houver apenas falha de conectividade, o segundo link será acionado; se houver comprometimento cibernético, o ambiente afetado será isolado e a recuperação ocorrerá em ambiente verificado. Não se reconectará equipamento suspeito antes da liberação. A fila de integrações preservará as mensagens pendentes para posterior conferência e transmissão sem duplicidade.

Após restabelecimento, a liderança validará o funcionamento, organizará a incorporação dos registros, preservará o original e distinguirá horário do fato de horário da transcrição. A reconciliação verificará usuários, episódios, prescrições, administrações, exames, protocolos e desfechos. A incorporação documental será concluída em até 24 horas do restabelecimento, como meta interna, com exceções justificadas e acompanhamento diário até saneamento.

O relatório de indisponibilidade informará período, abrangência, causa conhecida, efeitos, evidências e providências. Eventual falha dos sistemas municipais será documentada para avaliação pela SEMUS, sem assumir automaticamente exclusão de indicadores ou justificativa de descumprimento.

1.8.8. Política de Segurança da Informação e Proteção de Dados

O tratamento obedecerá à LGPD, com finalidade definida, necessidade, qualidade, transparência, segurança e prestação de contas. Dados de saúde terão proteção de informação sensível. As bases legais serão registradas por atividade, incluindo tutela da saúde, cumprimento de obrigação e execução de política pública quando aplicáveis; consentimento genérico não será usado como condição para o atendimento urgente.

Os acessos serão concedidos por função, unidade, vínculo e necessidade, com identidade individual e aprovação da liderança. Recepção terá dados de identificação e fluxo; profissionais assistenciais, os dados necessários ao cuidado dentro da sua competência; farmácia, prescrições e dispensação; produção, dados necessários à informação oficial; gestão e fiscalização, relatórios e acessos autorizados. O técnico de enfermagem não receberá permissão de prescrição ou diagnóstico de enfermagem.

Perfis privilegiados e acessos remotos utilizarão autenticação multifator. Será adotado bloqueio de sessão por inatividade, proteção de credenciais, revisão trimestral de perfis e revogação imediata de acesso no desligamento ou afastamento que a exija. Contas de serviço terão responsável, finalidade e privilégios mínimos. Acesso emergencial excepcional exigirá justificativa e auditoria posterior.

Serão registrados acesso, inclusão, alteração, assinatura, impressão e exportação, com usuário, data/hora, origem e objeto consultado. Registros clínicos assinados não serão sobrescritos; retificações serão aditivas, identificadas e rastreáveis. As trilhas terão proteção contra alteração por usuários comuns e controle sobre acesso administrativo.

A comunicação será criptografada, dados em repouso e backups terão criptografia forte e gestão de chaves. Atualizações de segurança e vulnerabilidades terão processo de avaliação, teste e aplicação, com resposta prioritária a exploração ativa e risco crítico. Estações terão proteção contra códigos maliciosos, restrição de instalação e controle de dispositivos removíveis.

É vedado compartilhar senhas, utilizar contas pessoais ou armazenar prontuários, imagens e listas identificadas em dispositivos pessoais, mensagens ou nuvens não autorizadas. Exportações terão autorização, finalidade, minimização e registro de entrega. Painéis em áreas públicas não exibirão informação clínica ou identificadores desnecessários.

A assinatura dos documentos clínicos observará a categoria profissional, o tipo de documento e as exigências legais. A solução proverá assinatura digital ICP-Brasil quando exigida para prontuário sem papel e demais atos aplicáveis. Login e senha não serão equiparados automaticamente à assinatura qualificada. A dispensa de impressão e o descarte de papel dependerão da conformidade efetiva com a Lei nº 13.787/2018, Resolução CFM nº 1.821/2007, alterações e Resolução Cofen nº 754/2024.

Acesso da SEMUS a bancos, sistemas e relatórios, inclusive em tempo real, ocorrerá por perfis institucionais autenticados, acesso seguro de consulta, exportações e interfaces compatíveis com a fiscalização. Será registrada sua utilização, sem criar barreiras indevidas às atribuições públicas. Acesso irrestrito de qualquer usuário à totalidade dos dados não será confundido com transparência.

Solicitações de titulares serão recebidas por canal institucional, com validação de identidade, registro e encaminhamento ao agente responsável. Correções e fornecimento de cópias respeitarão sigilo, direitos de terceiros e integridade do prontuário. Eliminação solicitada não afastará obrigação de guarda ou outra base legal de retenção. O encarregado acompanhará os prazos aplicáveis e as respostas.

Contratos de tecnologia definirão confidencialidade, instruções, subcontratados, localização, segurança, comunicação de incidentes, auditoria, suporte, portabilidade e devolução dos dados. Não será permitida exploração comercial da base ou treinamento de modelos com dados identificáveis sem finalidade e fundamento próprios devidamente autorizados. Riscos do tratamento serão documentados e será elaborado relatório de impacto quando cabível ou exigido.

1.8.9. Resposta a Incidentes de Segurança

Suspeitas serão imediatamente comunicadas a TI, gestão e encarregado. O fluxo compreenderá identificação e preservação de evidências, contenção, avaliação de dados afetados, definição de impacto assistencial, recuperação verificada, comunicação e prevenção de recorrência. Fornecedores deverão informar imediatamente incidente à instituição, com obrigação contratual de primeira comunicação em até duas horas de sua ciência, sem aguardar investigação completa.

O controlador competente avaliará risco ou dano relevante e realizará a comunicação à ANPD e aos titulares nos prazos legais, em regra três dias úteis do conhecimento de que o incidente afetou dados pessoais, conforme os critérios da Resolução CD/ANPD nº 15/2024. A obrigação não será atribuída automaticamente ao fornecedor ou exclusivamente ao encarregado. O IBSAÚDE comunicará também a SEMUS de forma imediata quando o evento envolver a parceria.

Todos os incidentes terão registro, inclusive os não comunicados externamente, com fatos, dados, abrangência, riscos, decisões, responsáveis e medidas, preservado por pelo menos cinco anos. A ausência inicial de informações completas não justificará perda de prazo: haverá comunicação preliminar e complementação quando cabíveis.

1.8.10. Dados, Metas e Indicadores

Será mantido dicionário de dados com definição, tipo, origem, campo obrigatório, responsável e regra de validação. O conjunto mínimo por episódio conterá CNES, identificador de usuário, identificador de episódio, origem espontânea/referenciada, horários de classificação e primeiro atendimento, categoria de risco e histórico, exames e resultados, entrada/saída de observação, decisão e solicitação de regulação, desfecho e indicação de retorno programado.

A apuração seguirá as fichas do Anexo II deste edital, com filtros e exclusões rastreáveis. O sistema mostrará resultado, população elegível, numerador/denominador, exclusões e completude. O período será o mês de

competência, pelos marcos finais definidos nas regras oficiais. Satisfação observará apuração trimestral. Notas e ajuste de repasse seguirão também o Anexo III deste edital; painéis gerenciais não alterarão fórmulas contratuais.

Matriz de Dados e Apuração

Ficha	Calculo/dados necessarios	Resultado e regra contratual
IN 1.1 — Atendimento médico	Atendimentos válidos no SIA/SUS, BPA-I, por CNES e competência; identificar rejeições e duplicidades	Pelo menos 10.125/mês por UPA; distinguir produção local de recebida/processada no sistema oficial
IN 1.2 — Classificação registrada	Contagem de acolhimentos válidos, com usuário e prioridade identificados	Pelo menos 10.125/mês por UPA; não confundir com percentual de cobertura
IN 2.1 — Porta-médico	Por categoria: atendidos dentro do tempo-alvo ÷ total classificado na categoria × 100; classificação e primeiro atendimento	Vermelha até 5 min: 95%; laranja até 10 min: 95%; amarela até 60 min: 90%; verde até 120 min: 85%; azul até 240 min: 85%
IN 2.2 — Permanência	Médias do intervalo classificação–desfecho para A e B; entrada–saída de observação para C; distinguir exames e observação	A sem exame até 2 h; B com exame até 6 h; C observação até 24 h; componentes separados e exclusões da ficha
IN 2.3 — Solicitação à regulação	Soma dos intervalos decisão médica–registro oficial da solicitação ÷ número de solicitações elegíveis	Média até 60 min; protocolo e horário da plataforma oficial, distintos da simples abertura de pedido local
IN 2.4 — Retorno em 48 h	Usuários que retornam à mesma UPA sem programação em até 48 h do desfecho ÷ total de desfechos × 100	Até 20%; identificar retornos programados e preservar acompanhamento no fechamento
IN 2.5 — Satisfação	Respostas bom/ótimo ÷ respostas válidas × 100; instrumento e amostragem previamente submetidos à Comissão	Pelo menos 80%; amostra mínima de 5% dos atendimentos; apuração trimestral e relatório de Ouvidoria
IN 2.6 — Cobertura da classificação	Episódios espontâneos com classificação ÷ total de episódios espontâneos elegíveis × 100	Pelo menos 95%; cruzamento episódio a episódio, sem razão entre totais agregados; excluir evasão anterior registrada

Os tempos do IN 2.1 serão medidos a partir da classificação de risco, conforme a ficha, preservando separadamente o horário de chegada para gestão

do acesso. Vermelho demanda atendimento imediato; os limites de apuração não autorizam aguardar o prazo-alvo. O histórico conterá reclassificações sem sobrescrever a informação necessária à aplicação do método contratual.

No IN 2.2, episódios encaminhados à observação integrarão o componente C, sem duplicação em A ou B; usuários com exame integrarão B e não A. Períodos atribuídos à falta de vaga regulada serão identificados e demonstrados, submetidos ao tratamento previsto no item 8.3.7, sem exclusão automática unilateral.

Registros sem horários obrigatórios serão segregados como incompletos, mantendo relatório da razão entre completos e total. Completude inferior a 95% acarretará o tratamento da ficha geral, inclusive indicador não aferido e nota zero, ressalvada demonstração de indisponibilidade municipal na forma editalícia. Percentuais terão duas casas decimais sem arredondamento; tempos serão calculados em minutos antes da conversão em horas.

O painel de retorno manterá vinculação longitudinal e sinalizará a janela de 48 horas ainda aberta para episódios no fechamento do mês. Regras de atribuição temporal e conciliação serão documentadas com a fiscalização, sem omitir retornos ocorridos no mês subsequente que pertençam à janela avaliada.

A demonstração técnica terá cenários fictícios com valores conhecidos: episódios completos, duplicados, espontâneos, referenciados, evasão, cinco riscos, exames, observação, solicitação regulada e retorno programado/não programado. A memória calculada manualmente será confrontada com relatório do sistema; divergências impedirão o aceite do cálculo até correção.

1.8.11. Prestação de Contas e Rastreabilidade

O módulo documental e a integração com os sistemas financeiro, contábil e de pessoal organizarão receitas, despesas, contratos, folhas, escalas, frequência, servidores disponibilizados, notas fiscais, pagamentos, extratos, certidões, patrimônio e rateios. Cada documento terá unidade, competência, natureza, fornecedor ou vínculo, centro de custo, valor, responsável e relação com a parceria, conforme aplicável.

O prontuário será fonte assistencial; documentos financeiros serão produzidos e validados pelos respectivos sistemas e responsáveis, sem presumir que dados clínicos comprovam pagamento. A integração permitirá rastrear necessidade/atividade, contratação, recebimento, documento fiscal, pagamento e contabilização. Rateios e custos compartilhados terão critério e memória identificados, sem dupla apropriação entre UPAs.

Serão gerados relatórios por unidade e consolidados quando exigidos, com produção, origem dos usuários, metas, memória de cálculo e execução financeira. A exportação compreenderá PDF pesquisável, arquivos analíticos editáveis e índice documental, mantendo a ordem do Anexo VIII deste edital e comprovante de protocolo na Superintendência de Atenção Especializada.

O fluxo interno terá conferência diária de dados, conciliação de competência e revisão técnica e financeira. Os relatórios mensal e trimestral serão protocolizados até o dia 20 do mês subsequente ao período correspondente; as contas parcial e final observarão os prazos de 90 dias. O painel emitirá alertas de prazo e pendência e manterá versões e comprovação da entrega.

A SEMUS terá acesso de fiscalização aos dados e documentos necessários, inclusive em tempo real onde exigido. Painéis públicos de transparência terão informação adequada ao controle social, sem exposição de prontuários, dados sensíveis de usuários ou dados pessoais de trabalhadores sem base legal.

1.8.12. Plano de Implantação e Capacitação

T0 será a data de início da execução/assunção formalmente estabelecida. O planejamento será ajustado à janela autorizada entre celebração e T0, sem pressupor prazo adicional de mobilização nem condicionar o atendimento a entregas futuras. Funções essenciais, acesso aos registros vigentes e contingência estarão disponíveis desde T0.

Cronograma Relativo e Entregas

Etapa	Prazo de execução	Entrega e critério de aceite
Inventário e diagnóstico	Mobilização autorizada, concluído antes de T0	Ativos, sistemas, acessos, volumes, contratos, riscos e plano por UPA
Definição e configuração	Antes de T0, em paralelo ao inventário	Ficha técnica, perfis, módulos essenciais, infraestrutura, backups e interfaces prioritárias
Migração e ensaio	Antes da troca de plataforma, sem suspensão do serviço	Extração autorizada, cópia preservada, teste, conciliação e plano de retorno validado
Capacitação inicial	Antes do acesso produtivo de cada usuário e antes de T0 para a equipe inicial	Treino por perfil, simulação, avaliação e credencial individual
Assunção assistida	T0 e primeiros sete dias	Registros e continuidade garantidos, suporte 24h e monitoramento das filas de integração
Estabilização	T0 até dia 30	Correções e validação do primeiro fechamento, sem postergar requisitos essenciais
Otimização e reavaliação	Dias 31 a 60	Teste de recuperação, aperfeiçoamentos e conciliação com relatórios oficiais
Avaliação de consolidação	Dias 61 a 90	Revisão de capacidade, perfis, indicadores e plano de melhoria

Se o sistema vigente precisar ser preservado durante a migração, sua continuidade será organizada desde a transição, com acesso e responsabilidades formalizados. Não haverá substituição abrupta ou promessa de migração integral sem levantamento de volume, qualidade e formatos. A falta de credencial/interface externa será tratada imediatamente com a SEMUS por alternativa autorizada e evidenciada.

A migração terá cópia de origem preservada, inventário, dicionário, correspondência de campos, contagem por CNES e período, verificação de anexos e assinaturas, integridade e amostra clínica. Não serão refeitas assinaturas em nome de autores anteriores. Base legada poderá permanecer em consulta

protegida, com vínculo ao episódio e exportação, se esse for o modo validado de preservar autenticidade e continuidade.

O plano de retorno indicará gatilhos de falha, decisão, responsáveis e procedimento para retomada segura da plataforma anterior, evitando perda ou duplicidade de registros produzidos no intervalo. A troca ocorrerá em janela de menor demanda, com equipe assistencial e tecnológica de prontidão, sem fechamento das UPAs.

A capacitação será coordenada por TI e lideranças técnicas, com apoio da IBEscola e do fornecedor. Abrangerá recepção, classificação, corpo clínico, enfermagem, farmácia, exames, regulação, produção, gestão e fiscalização. Cada turma terá conteúdo, carga, instrutor, presença, material e avaliação prática de tarefa, com reforço quando necessário; novos profissionais serão treinados antes do primeiro acesso de trabalho.

Haverá horários alternados e treinamento por turno, sem reduzir cobertura assistencial, com usuários de referência em cada área. Os conteúdos incluirão identificação e episódio; registro/assinatura; fluxo de medicamentos e exames; marcos dos indicadores; privacidade; contingência; e abertura de chamados. Mudanças relevantes terão orientação prévia e teste de aceitação pelas áreas afetadas.

1.8.13. Particularidades das duas UPAS

A UPA Norte terá parametrização pelo CNES 2755289, considerando três salas de classificação de risco, escala e áreas próprias e estrutura de produção de refeições. A UPA Sul terá CNES 2492555, quatro salas de classificação, escala de enfermagem e maior demanda descrita no diagnóstico, além de estrutura de porcionamento e distribuição. O inventário de estações, conectividade e suporte será individualizado.

A arquitetura poderá compartilhar serviços de aplicação, com segregação lógica por unidade e regras de consulta para continuidade do cuidado. Relatórios, estoque, consumo, contratos, patrimônio e custos serão identificados pelo CNES e

centro de custo. A transferência entre UPAs criará atendimento vinculado no destino sem apagar o episódio anterior, preservando os critérios de retorno à mesma unidade.

As permissões entre unidades dependerão do vínculo, da necessidade assistencial e da autorização; o compartilhamento não significará acesso indistinto à totalidade da base. Cada UPA manterá kit de contingência, responsáveis de plantão, contatos, registro de incidentes e evidências dos testes locais.

1.8.14. Suporte, Aceite e Monitoramento

A central de suporte funcionará 24 horas para incidentes críticos, com canal institucional, número de chamado, prioridade, responsável e acompanhamento. A liderança assistencial participará da classificação do impacto; falha que impeça registro, medicação, identificação ou acesso a informação crítica será tratada prioritariamente, com contingência imediata.

O aceite anterior à operação ou à mudança de plataforma verificará cadastro e identificação; cinco categorias de risco; registro e assinatura por perfil; prescrição–dispensação–administração; exames e laudos; observação/regulação; integração ou rotina oficial autorizada; backup e restauração; contingência e retorno; acesso SEMUS; memória dos oito indicadores; e exportação da documentação de contas.

O termo de aceite reunirá responsáveis de TI, gestão e áreas técnicas, cenários e evidências. Pendências serão classificadas por risco, com correção, responsável e reteste. Falhas críticas impedirão ativação do componente sem alternativa segura; a continuidade pelo sistema preservado ou fluxo de contingência validado não dispensará a correção e a entrega contratual.

Mensalmente serão acompanhados disponibilidade, chamados e tempos de resposta, falhas de backup, restaurações, rejeições de produção, pendências de integração, duplicidade, completude e capacitação. A revisão de riscos será trimestral ou após incidente relevante. Atestados, relatórios e histórico de mudanças comporão a fiscalização da solução.

1.8.15. Portabilidade, Transição e Encerramento

Ao fim da parceria ou na troca de fornecedor, o IBSAÚDE entregará ao Município os prontuários, documentos, cadastros e bases da execução em formatos documentados e utilizáveis, com dicionário, relacionamentos, anexos, assinaturas, trilhas e protocolos, sem aprisionamento tecnológico. CSV/JSON/XML serão utilizados para dados estruturados; PDF/A para documentos de preservação e DICOM para imagens quando pertinente, sem substituir a entrega estruturada por PDFs isolados.

A conferência de recebimento terá inventário, integridade, contagem, amostra clínica e teste de leitura/importação. A continuidade do acesso será garantida até a assunção efetiva e a confirmação da entrega, observados os prazos de transição do edital. Credenciais serão revogadas de forma coordenada; cópias em fornecedores terão destinação comprovada após instrução e análise das obrigações legais de guarda.

2.3. PROCESSOS E MANUAIS

A padronização dos processos assistenciais, operacionais e administrativos das UPAs Norte e Sul de Palmas/TO será orientada por manuais que definirão procedimentos, responsabilidades e mecanismos de controle, promovendo segurança no atendimento, continuidade dos serviços e rastreabilidade na utilização dos recursos.

Esta seção apresenta o V.1.9 — Manual de protocolos assistenciais de urgência, que orientará o acolhimento com classificação de risco e o atendimento à dor torácica, ao acidente vascular cerebral, à sepse e ao trauma; o V.1.10 — Manual de rotinas de almoxarifado, farmácia e patrimônio e de transporte sanitário, que estabelecerá os procedimentos de abastecimento, controle de estoques, gestão dos bens e operação do transporte; e o V.1.11 — Manual de rotinas administrativo-financeiras e de gestão de custos, que disciplinará os registros, os controles financeiros e a apuração dos custos da execução.

V.1.9. MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE URGÊNCIA

Manual de Protocolos Assistenciais de Urgência

O IBSAÚDE adotará este manual nas UPAs Norte e Sul de Palmas, com funcionamento ininterrupto, para organizar o reconhecimento de gravidade, a priorização, a avaliação, a estabilização e o encaminhamento seguro dos usuários. O documento apresenta em texto integral os cinco protocolos exigidos no item V.1.9 do Anexo V do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, com as respectivas referências técnicas, responsabilidades de atualização e periodicidade de revisão.

A execução será integrada ao prontuário eletrônico, à segurança do paciente, ao apoio diagnóstico, à assistência farmacêutica, à regulação e ao Programa de Educação Permanente do item V.2.12. O protocolo técnico de classificação de risco deste manual será articulado ao manual da dimensão relacional do acolhimento do item V.2.2.

Diretrizes comuns de execução

O atendimento emergencial precederá o cadastro completo. A equipe verificará a identificação com dois identificadores, alergias, medicamentos em uso e condições especiais, sem atrasar medidas de salvamento. Serão observados higiene das mãos, precauções conforme risco, comunicação acessível, privacidade e registro das decisões, horários e respostas clínicas. A equipe do plantão conferirá materiais, equipamentos, oxigênio e medicamentos essenciais e acionará contingência diante de indisponibilidade.

O médico assistente indicará exames, tratamentos, destino e suporte de transporte. O enfermeiro realizará a classificação de risco e coordenará os cuidados de enfermagem; os demais profissionais atuarão conforme habilitação, prescrição e atribuições. A regulação ocorrerá em paralelo à estabilização quando houver necessidade de recurso indisponível. Nenhuma espera administrativa ou

conclusão de exame sem impacto imediato deverá retardar atendimento ou transferência de paciente grave.

As condutas farmacológicas dependem de prescrição, avaliação de contraindicações, peso, função renal, gestação, interações e apresentação disponível. Os protocolos de dor torácica, AVC e sepse detalham o manejo de adultos. Crianças e adolescentes terão avaliação por parâmetros de idade e peso e acionamento da referência pediátrica; não serão aplicadas automaticamente doses ou metas de adultos. Gestantes terão avaliação materna e acionamento obstétrico conforme necessidade. Em todos os casos, serão iniciados reconhecimento, suporte e regulação sem demora.

Antes do início da execução, a Direção Técnica verificará a compatibilidade com a capacidade de cada UPA e com os fluxos pactuados pela Secretaria Municipal da Saúde, formalizando os contatos da regulação, referências, transporte, exames e retaguarda. Essa adequação operacional preservará a oferta dos cinco protocolos apresentados e sua atualização científica.

a) Protocolo 1 - Acolhimento com classificação de risco

Finalidade e população atendida

Identificar rapidamente ameaças à vida e definir prioridade clínica para todo usuário que procurar a UPA, em todas as formas de chegada e faixas etárias. A prioridade será determinada pela gravidade e pelo risco de deterioração; ordem de chegada e prioridades legais serão consideradas entre usuários de gravidade equivalente. A classificação não equivale a diagnóstico, consulta médica ou autorização para recusar atendimento.

Entrada e reconhecimento imediato de gravidade

A recepção acolherá o usuário e acionará imediatamente a enfermagem se houver inconsciência, convulsão em curso, dificuldade respiratória importante, cianose, hemorragia intensa, sinais de choque, dor torácica com instabilidade,

déficit neurológico súbito ou trauma grave. Esses usuários serão conduzidos diretamente à sala de emergência. A identificação e o registro serão completados em paralelo, inclusive por identificação provisória quando necessária.

Na ausência de ameaça evidente, encaminhar prontamente ao enfermeiro classificador. Sintomas respiratórios ou suspeita de doença transmissível exigem precauções e organização de espera conforme risco, sem modificar a prioridade clínica. Barreiras de comunicação, deficiência e vulnerabilidade deverão ser identificadas e atendidas com recursos acessíveis.

Avaliação pelo enfermeiro

A classificação de risco, no âmbito da enfermagem, será privativa do enfermeiro capacitado no instrumento institucional, sem exercício simultâneo de outras atividades. Registrar queixa principal, início e evolução, sinais de alerta, antecedentes relevantes, medicamentos e alergias. Avaliar consciência, via aérea, respiração, perfusão e dor; aferir pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, saturação e temperatura conforme indicação, com glicemia na alteração de consciência ou suspeita neurológica. Empregar parâmetros pediátricos quando aplicáveis.

A decisão utilizará o discriminador de maior gravidade identificado. Dúvida sobre risco, apresentação atípica ou piora motivará escalonamento e avaliação médica precoce. Os exemplos abaixo orientam a identificação e não substituem a avaliação individual. Será utilizado instrumento institucional aprovado e capacitado, sem declarar adesão a sistema proprietário não contratado.

Categorias e tempos máximos propostos

Prioridade	Discriminadores orientadores	Atendimento médico
Vermelho Emergência	Ameaça imediata à vida ou instabilidade de via aérea respiração circulação ou consciência	Imediato
Laranja Muito urgente	Risco elevado de rápida deterioração; suspeita de condição tempo dependente sem instabilidade	Até 10 minutos

	atual	
Amarelo Urgente	Necessidade de avaliação breve; potencial de agravamento sem ameaça imediata identificada	Até 60 minutos
Verde Pouco urgente	Condição estável sem discriminadores de maior gravidade	Até 120 minutos
Azul Não urgente	Queixa estável de menor complexidade após avaliação e exclusão de sinais de alerta	Até 120 minutos — limite assistencial institucional

Os tempos apresentados são limites máximos assistenciais para início da avaliação médica, contados da classificação de risco, e observarão os mesmos parâmetros do fluxo assistencial descrito no item V.1.1. Não autorizam aguardar quando houver indicação de atendimento anterior. Para a classificação azul, será adotado o limite assistencial de 120 minutos; o parâmetro de 240 minutos utilizado na apuração contratual será tratado exclusivamente na mensuração do IN 2.1.

A espera anterior à classificação será registrada e monitorada separadamente. As condições tempo dependentes seguirão os marcos próprios de seus protocolos, inclusive o prazo para realização e interpretação do eletrocardiograma na suspeita de síndrome coronariana aguda, sem aguardar o limite atribuído à cor de classificação.

Encaminhamento e vigilância da espera

Registrar cor ou nível, justificativa, horário e identificação profissional; encaminhar à área correspondente e informar usuário e acompanhante sobre prioridade e necessidade de comunicar piora. Os usuários laranja permanecerão em área de vigilância assistencial. A enfermagem acompanhará a fila e reavaliará imediatamente qualquer piora; como rotina proposta, reavaliará os que ainda aguardam em até 10 minutos no laranja, 30 no amarelo, 60 no verde e no azul, ou antes por julgamento clínico. A reavaliação não reinicia nem apaga o tempo de espera original.

Dor persistente ou crescente, síncope, déficit neurológico novo, dispneia, alteração dos sinais vitais, sangramento, rebaixamento de consciência ou

preocupação clínica relevante exigem nova avaliação e possível mudança de prioridade. Toda reclassificação terá horário, motivo e providência registrados. Ultrapassagem de tempo acionará enfermeiro líder e médico responsável pelo plantão para atendimento e reorganização dos recursos.

Após a consulta, o usuário seguirá para tratamento, observação, alta ou transferência segundo decisão clínica. Classificação verde ou azul não permite dispensa pela recepção. Eventual encaminhamento à APS dependerá de avaliação assistencial e fluxo seguro pactuado, com orientação e registro. Evasão, recusa e abandono de espera serão documentados, com tentativa de contato conforme risco e rotina institucional.

Registros e avaliação da execução

Prontuário: chegada, início e término da classificação, sinais vitais, discriminadores, categoria, reavaliações, chamada e início da consulta. A Qualidade apurará mensalmente a proporção de atendimentos dentro do tempo por categoria e os casos de deterioração na espera; divergências de classificação e atrasos terão análise de causa e retorno educativo.

Responsabilidade pela atualização e revisão

Responsável pela atualização: Responsável Técnico de Enfermagem, com a Direção Técnica Médica e apoio da Qualidade. Aprovação: Direção Técnica Médica e Responsável Técnico de Enfermagem, no âmbito de suas competências. Revisão programada a cada 12 meses, contados da aprovação, e extraordinariamente diante de nova norma ou diretriz, evento adverso relevante, alteração da rede ou dos recursos. A Qualidade controlará versão, data, aprovação, distribuição e retirada de cópias obsoletas. Os titulares serão formalmente designados antes da implantação.

Referências técnicas adotadas

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 661/2021. Participação da equipe de enfermagem na classificação de risco. https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/

Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf

b) Protocolo - 2 Dor torácica

Finalidade e critérios de ativação

Reconhecer síndrome coronariana aguda e outras causas de dor torácica com risco de morte em adultos. Ativar diante de dor, pressão ou desconforto torácico agudo, inclusive queixa epigástrica, dispneia, sudorese, náuseas, síncope ou mal estar sugestivos de equivalente isquêmico. Não exigir dor típica ou número mínimo de fatores de risco. Mulheres, idosos e pessoas com diabetes podem apresentar manifestações menos características.

Avaliação e primeiros procedimentos

Na chegada, avaliar estabilidade e conduzir o instável à emergência. Providenciar ECG de 12 derivações com aquisição e interpretação médica em até 10 minutos do primeiro contato assistencial, monitorização conforme risco e acesso venoso. Registrar início dos sintomas, características e evolução da dor, fatores associados, antecedentes cardiovasculares, tromboembolismo, medicamentos, alergias, anticoagulantes e uso recente de inibidores de fosfodiesterase. Examinar sinais vitais, perfusão, ausculta cardiopulmonar, pulsos e sinais neurológicos.

ECG inicial sem alterações não exclui isquemia. Repetir diante de persistência ou recorrência e considerar derivações adicionais se necessário. Solicitar troponina preferencialmente de alta sensibilidade, com coleta seriada no

algoritmo validado para o ensaio disponível; registrar horário do início dos sintomas e das coletas. Não usar resultado isolado precoce para descartar infarto. Exames não deverão retardar reperfusão ou transferência indicada pelo quadro clínico e ECG.

Decisão diagnóstica e terapêutica

Suspeita de síndrome coronariana: administrar AAS conforme prescrição, após verificar alergia, sangramento ativo e contraindicações, inclusive suspeita de dissecção aórtica. Oxigênio será indicado na hipoxemia ou insuficiência respiratória, sem oferta rotineira ao normoxêmico. Nitratos e analgesia serão individualizados; evitar nitrato em hipotensão, suspeita de infarto de ventrículo direito ou interação medicamentosa relevante. Anticoagulação e demais antiagregantes dependerão do diagnóstico, risco hemorrágico e estratégia definida com a referência.

- IAM com supradesnivelamento persistente ou padrão equivalente reconhecido pelo médico: acionar imediatamente regulação e serviço com capacidade de reperfusão. Encaminhar ECG e horários e definir estratégia com a referência, sem aguardar troponina. A escolha entre intervenção coronária e fibrinólise observará janela, tempo previsto, contraindicações e capacidade pactuada. Fibrinólise não será indicada para síndrome sem supradesnivelamento; sua realização na UPA exigirá fluxo aprovado, equipe treinada, recursos e checklist de segurança.
- Síndrome sem supradesnivelamento: manter avaliação seriada e estratificação clínica. Dor refratária, instabilidade, arritmia grave, insuficiência cardíaca ou alterações dinâmicas exigem regulação prioritária. Escores validados podem apoiar a decisão e não substituem avaliação ou justificam alta isoladamente. Resultados discordantes exigem reavaliação e investigação de diagnósticos alternativos.

Considerar dissecção aórtica diante de dor abrupta intensa, assimetria de pulsos ou déficit neurológico; tromboembolismo pulmonar diante de dispneia súbita, hipoxemia e contexto de risco; e pneumotórax hipertensivo diante de comprometimento respiratório e circulatório compatível. Acionar suporte e referência conforme suspeita. Não iniciar automaticamente antitrombóticos quando houver suspeita relevante de dissecção ou sangramento. Tratar ameaça imediata à vida antes de exame confirmatório quando clinicamente indicado.

Reavaliação e destino

Reavaliar dor, sinais vitais, ECG e resposta após intervenções e durante observação, com monitorização contínua nos casos de maior risco. A alta dependerá de estabilidade, investigação suficiente conforme risco e método de troponina, exclusão razoável de causas graves e decisão médica registrada. Entregar orientações de retorno imediato por recorrência da dor, dispneia, síncope ou piora e indicar seguimento na rede. Na transferência, informar quadro, ECG, exames, medicamentos e horários, resposta, contraindicações e pendências; manter vigilância até a passagem do cuidado.

Registros e avaliação da execução

Registrar chegada, início da dor, ECG realizado e interpretado, coletas, tratamentos, decisão e solicitação de transferência. Indicador mensal: número de casos elegíveis com ECG realizado e interpretado em até 10 minutos dividido pelo total de casos elegíveis, multiplicado por 100. Analisar separadamente atrasos de coleta, interpretação, regulação e saída.

Responsabilidade pela atualização e revisão

Responsável pela atualização: Direção Técnica Médica, com coordenação médica, enfermagem e farmácia. Aprovação: Direção Técnica Médica e Responsável Técnico de Enfermagem, no âmbito de suas competências. Revisão programada a cada 12 meses, contados da aprovação, e extraordinariamente

diante de nova norma ou diretriz, evento adverso relevante, alteração da rede ou dos recursos. A Qualidade controlará versão, data, aprovação, distribuição e retirada de cópias obsoletas. Os titulares serão formalmente designados antes da implantação.

Referências técnicas adotadas

ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI. Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes. 2025. DOI 10.1016/j.jacc.2024.11.009. https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2024.11.009

Ministério da Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192. Suporte avançado de vida. 2ª edição, 2016. Referência complementar para suporte inicial e transporte.
https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/publicacoes/protocolo-de-suporte-avancado-de-vida-1.pdf

c) Protocolo 3 - Acidente vascular cerebral

Finalidade e reconhecimento

Identificar suspeita de AVC em adultos e reduzir atrasos no acesso a neuroimagem e tratamento especializado. Ativar diante de déficit neurológico súbito, incluindo assimetria facial, fraqueza ou perda de sensibilidade em um lado, alteração da fala, perda visual, desequilíbrio importante ou cefaleia abrupta incomum. Aplicar avaliação breve de face, braços e fala, reconhecendo que um teste negativo não exclui AVC de circulação posterior. Sintomas transitórios também exigem avaliação urgente.

Conduta imediata na UPA

Encaminhar prontamente para avaliação médica; na instabilidade, iniciar suporte de via aérea, respiração e circulação. Determinar e registrar o último momento em que o usuário estava sem o déficit, a hora de descoberta e a fonte da

informação. No AVC ao despertar, registrar hora em que foi visto bem antes de dormir e horário do despertar. Verificar glicemia capilar imediatamente e corrigir hipoglicemia conforme prescrição, sem abandonar a investigação se o déficit persistir.

Avaliar consciência, pupilas, sinais vitais, déficit motor e de linguagem e convulsões. Registrar uso de anticoagulantes e horário da última dose, cirurgias, sangramentos, traumas, AVC prévio e funcionalidade anterior. Utilizar NIHSS por profissional capacitado quando viável, sem atrasar encaminhamento. Manter acesso venoso, monitorização e oxigênio quando houver hipoxemia; prevenir hipóxia, hipotensão, febre e distúrbios metabólicos.

Manter jejum até avaliação da deglutição; não oferecer líquidos, alimentos ou medicamentos por via oral se houver risco de aspiração. Não iniciar AAS, anticoagulante ou trombolítico antes de excluir hemorragia por neuroimagem e definir indicação médica. Evitar redução indiscriminada da pressão arterial; a decisão dependerá do subtipo, da condição clínica e da candidatura à reperfusão, em articulação com a referência.

Neuroimagem e regulação

Acionar imediatamente a regulação para serviço apto a realizar tomografia e avaliação de AVC. Encaminhar último momento bem, déficit, glicemia, sinais vitais, anticoagulação e tratamentos. Se a imagem estiver disponível no fluxo local, realizá-la com prioridade, sem atrasar suporte; se indisponível, não manter o paciente na UPA para completar exames de rotina. O transporte terá suporte definido pelo médico e monitorização adequada.

Após neuroimagem, o serviço habilitado avaliará AVC isquêmico, hemorrágico ou diagnóstico alternativo. A avaliação de trombólise intravenosa e trombectomia obedecerá ao PCDT nacional e aos critérios da referência, incluindo janela e contraindicações. Horário desconhecido ou chegada além da janela habitual não deverão impedir regulação, pois pacientes selecionados podem ter

indicação de tratamento especializado. A UPA não presumirá capacidade própria de trombólise ou trombectomia.

Hemorragia, rebaixamento progressivo, convulsão, vômitos com comprometimento de consciência ou suspeita de hipertensão intracraniana requerem vigilância e referência hospitalar imediatas. Garantir via aérea quando indicada e prevenir broncoaspiração; a reversão de anticoagulantes e o manejo pressórico específico dependerão de avaliação médica e recursos disponíveis, com suporte da referência.

Continuidade e acompanhamento

Repetir avaliação neurológica e sinais vitais durante permanência, após intervenção e diante de piora. Registrar evolução comparável à avaliação inicial. Suspeita de AVC agudo não terá alta por melhora espontânea sem avaliação e definição de fluxo para ataque isquêmico transitório. Comunicar usuário e família e organizar transferência com exames e resumo. Definir referência e contrarreferência conforme destino e necessidades de reabilitação.

Registros e avaliação da execução

Registrar chegada, último momento bem, identificação do déficit, glicemia, avaliação médica, solicitação e resposta da regulação, saída e passagem do caso. Monitorar mensalmente a proporção de suspeitas com registro do último momento bem e glicemia inicial; analisar o tempo entre reconhecimento e solicitação de regulação e eventuais atrasos evitáveis.

Responsabilidade pela atualização e revisão

Responsável pela atualização: Direção Técnica Médica, com coordenação médica e Responsável Técnico de Enfermagem. Aprovação: Direção Técnica Médica e Responsável Técnico de Enfermagem, no âmbito de suas competências. Revisão programada a cada 12 meses, contados da aprovação, e extraordinariamente diante de nova norma ou diretriz, evento adverso relevante,

alteração da rede ou dos recursos. A Qualidade controlará versão, data, aprovação, distribuição e retirada de cópias obsoletas. Os titulares serão formalmente designados antes da implantação.

Referências técnicas adotadas

Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 29, de 12 de dezembro de 2023. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/a/acidente-vascular-cerebral-isquemico-agudo/view

Ministério da Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192. Suporte avançado de vida. 2ª edição, 2016. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/publicacoes/protocolo-de-suporte-avancado-de-vida-1.pdf

d) Protocolo 4 - Sepse

Finalidade e reconhecimento

Reconhecer precocemente infecção associada a disfunção orgânica em adultos e iniciar tratamento e regulação. Suspeitar diante de infecção com alteração de consciência, hipoxemia, hipotensão, redução da diurese, má perfusão ou outra disfunção aguda. Ausência de febre, de SIRS ou de qSOFA elevado não exclui sepse. A avaliação clínica deverá considerar diagnósticos alternativos e o estado basal do usuário.

A enfermagem comunicará imediatamente a suspeita ao médico. O médico registrará a avaliação, a probabilidade de infecção, as disfunções e o horário de reconhecimento, que será o marco das medidas iniciais. Paciente instável seguirá para a emergência. A ativação não aguardará confirmação microbiológica ou todos os exames.

Medidas iniciais e metas clínicas

Colher culturas e lactato prontamente, preferindo culturas antes do antibiótico sem atrasá-lo. No choque ou sepse provável/definida, iniciar antimicrobiano imediatamente, idealmente em uma hora. Na sepse apenas possível sem choque, investigar rapidamente e, persistindo suspeita, administrar em até três horas. Na hipoperfusão ou choque, iniciar cristaloide, com referência de 30 mL/kg nas primeiras três horas e individualização por resposta e comorbidades; reavaliar frequentemente para evitar sobrecarga. Preferir cristaloides balanceados e não usar amidos. Hipotensão persistente requer vasopressor, preferencialmente noradrenalina, com meta inicial de pressão arterial média próxima de 65 mmHg, individualizada. Não atrasar suporte aguardando acesso central. Procurar foco com necessidade de controle e providenciar referência precoce.

Organização do atendimento

O médico coordenará suporte, investigação, prescrição e decisão de destino. O enfermeiro distribuirá tarefas simultâneas de monitorização, acesso, coleta e administração; a farmácia apoiará a liberação imediata do tratamento e a avaliação de segurança. Registrar cada etapa com horário real, distinguindo prescrição de administração. Comunicar imediatamente qualquer atraso ao responsável pelo plantão e corrigir a barreira assistencial.

Monitorar pressão, pulso, saturação, frequência respiratória, consciência, perfusão e diurese quando indicada. Selecionar exames conforme hipótese e repercussão clínica, incluindo avaliação hematológica, renal, metabólica e da coagulação quando necessária. Indisponibilidade de lactato ou cultura não impedirá tratamento de quadro provável ou suporte ao choque; registrar limitação e acionar o fluxo de retaguarda.

Selecionar antimicrobiano conforme foco provável, epidemiologia e resistência locais, exposição prévia, alergias, função renal, peso e risco de patógeno resistente. A padronização da farmácia e o apoio do controle de infecção subsidiarão escolha, dose e diluição. Não fixar um único esquema para todos os

focos. Registrar a hipótese e a justificativa e comunicar à referência o tratamento já administrado e a necessidade de revisão conforme evolução e culturas.

Na reposição, registrar solução, volume e velocidade e reavaliar perfusão, pressão, ausculta e necessidade de oxigênio após as etapas. Sinais de congestão ou ausência de resposta exigem revisão imediata da estratégia. Se vasopressor periférico for necessário, empregar acesso e bomba adequados, conferência da infusão e inspeção frequente do sítio, com providência imediata em suspeita de extravasamento. A ausência de leito hospitalar não interromperá assistência e vigilância.

Reavaliação e regulação

Reavaliar após cada intervenção, documentando resposta e tendência. Repetir lactato se inicialmente elevado conforme avaliação e disponibilidade, interpretando-o com perfusão e quadro clínico. Acionar referência imediatamente se houver choque, disfunção persistente, necessidade de suporte ventilatório, vasopressor ou controle de foco indisponível. Não aguardar pacotes tardios ou término de toda investigação para solicitar transferência.

Cuidados paliativos não constituem exclusão automática do protocolo. O médico estabelecerá objetivos e proporcionalidade do tratamento, considerando preferências, diretivas e benefício esperado, mantendo conforto, comunicação e medidas indicadas. Crianças e gestantes terão avaliação específica e apoio especializado; não aplicar automaticamente o volume de adultos.

Na transferência, comunicar foco, disfunções, culturas e pendências, volume recebido, antimicrobianos e horários, vasopressores e evolução. A decisão de alta requer reavaliação médica fundamentada e ausência de disfunção que demande cuidado hospitalar; não será baseada apenas em melhora inicial transitória ou conclusão de uma etapa terapêutica.

Registros e avaliação da execução

Apurar mensalmente: casos de choque ou sepse provável/definida com primeira dose em até uma hora do reconhecimento divididos pelo total elegível, multiplicado por 100. Avaliar separadamente os casos de sepse apenas possível sem choque. Auditar atrasos, coleta de culturas, reavaliação e transferência; a Qualidade e as lideranças assistenciais definirão medidas corretivas e capacitação.

Responsabilidade pela atualização e revisão

Responsável pela atualização: Direção Técnica Médica, com enfermagem, farmácia e apoio do serviço de prevenção e controle de infecções. Aprovação: Direção Técnica Médica e Responsável Técnico de Enfermagem, no âmbito de suas competências. Revisão programada a cada 12 meses, contados da aprovação, e extraordinariamente diante de nova norma ou diretriz, evento adverso relevante, alteração da rede ou dos recursos. A Qualidade controlará versão, data, aprovação, distribuição e retirada de cópias obsoletas. Os titulares serão formalmente designados antes da implantação.

Referências técnicas adotadas

Society of Critical Care Medicine e European Society of Intensive Care Medicine. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2026. https://www.sccm.org/clinical-resources/guidelines/guidelines/surviving-sepsis-campaign-international-guidelines-for-management-of-sepsis-and-septic-shock-2026

Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock. JAMA. 2016;315:801–810. DOI 10.1001/jama.2016.0287. Referência conceitual citada no documento institucional de origem.

e) **Protocolo 5 - Trauma**

Definição e objetivo

Trauma é a lesão decorrente da transferência de energia mecânica, térmica, elétrica ou de outro agente externo. Este protocolo organiza o reconhecimento, a avaliação inicial, a estabilização e a definição do destino do paciente, priorizando ameaças imediatas à vida e a continuidade do cuidado na rede de urgência. Aplica-se a pacientes de todas as idades; doses, parâmetros fisiológicos, dispositivos e decisões de imagem devem ser adaptados à faixa etária, à gestação e às condições clínicas por protocolos específicos.

A UPA deve iniciar a assistência independentemente da forma de chegada do paciente. Nos casos graves, a regulação e a definição do serviço de referência começam em paralelo à estabilização, sem aguardar a conclusão de todos os exames ou da avaliação secundária.

Responsabilidades

- Recepção e profissionais do primeiro contato: reconhecer sinais de gravidade e acionar imediatamente a enfermagem, sem condicionar o cuidado ao cadastro completo ou à documentação.

- Enfermagem do acolhimento: identificar a prioridade assistencial conforme classificação de risco adotada no serviço, iniciar medidas permitidas pelo protocolo institucional e conduzir diretamente à área apropriada quando houver risco imediato.

- Médico assistente/líder: coordenar a avaliação xABCDE, indicar intervenções e exames, definir prioridades, reavaliar a resposta, acionar a regulação e determinar o destino.

- Enfermeiro da sala de emergência: distribuir funções, garantir monitorização e materiais, executar e supervisionar as ações de enfermagem, apoiar a comunicação e conferir registros e preparo para transferência.

Demais profissionais de enfermagem: realizar cuidados e procedimentos de sua competência, incluindo monitorização, acesso, curativos, controle de sangramento, imobilização e administração de medicamentos prescritos.

Profissional designado para registro: anotar horários, sinais vitais seriados, achados, intervenções, resposta clínica, contatos de regulação e passagem do caso.

A distribuição de tarefas e a disponibilidade de recursos devem ser conferidas em cada plantão. Procedimentos invasivos e medicamentos seguem habilitação profissional, prescrição e protocolos aprovados.

Preparação e materiais

Manter prontamente disponíveis EPIs; monitor multiparamétrico, oxímetro, aparelho de pressão e termômetro; oxigênio, aspirador, bolsa-válvula-máscara e material para via aérea conforme capacidade do serviço; desfibrilador; materiais para acesso venoso/intraósseo quando disponíveis; curativos, compressas, ataduras, torniquetes apropriados, talas e dispositivo de estabilização pélvica quando disponível; cobertores e recurso para prevenção de hipotermia; soluções e medicamentos padronizados. Garantir acesso aos fluxos de regulação, transporte e referência.

Fluxo de chegada e acionamento

Acionar imediatamente a equipe médica e de enfermagem diante de hemorragia intensa, alteração da consciência, dificuldade respiratória, instabilidade hemodinâmica, trauma penetrante em cabeça, pescoço, tórax ou abdome, suspeita de lesão medular, múltiplas lesões, queimadura grave ou qualquer deterioração rápida. Aplicar a classificação de risco institucional sem atrasar intervenções

emergenciais. Receber informações do transporte/serviço de origem com mecanismo e horário do trauma, achados, sinais vitais e tratamento já realizado.

Avaliação primária e ressuscitação simultânea: xABCDE

- **x — Hemorragia externa exsanguinante:** procurar sangramento maciço visível e controlá-lo imediatamente com pressão direta e curativo compressivo. Em hemorragia de membro com risco de morte que não cede à pressão direta, aplicar torniquete apropriado por profissional treinado, registrar o horário e não afrouxá-lo rotineiramente. Reavaliar o controle após cada movimentação. Suspeitar de sangramento não visível em tórax, abdome, pelve e ossos longos quando houver sinais de choque.

- **A — Via aérea com proteção da coluna cervical quando indicada:** avaliar fala, sons respiratórios, obstrução, vômitos, sangue e lesões faciais; aspirar secreções, remover obstruções acessíveis e ofertar suporte ventilatório conforme necessidade. Considerar via aérea avançada se não for possível mantê-la ou protegê-la, por profissional habilitado e com plano de resgate. Em suspeita de lesão cervical, manter alinhamento e restrição de movimentos durante as intervenções; a proteção cervical não deve impedir a abertura de via aérea ou tratamento de condição fatal. Evitar imobilização indiscriminada e prolongada sem avaliação de risco.

- **B — Respiração e ventilação:** avaliar frequência, esforço, expansibilidade simétrica, ausculta, saturação, lesões torácicas e sinais de insuficiência respiratória. Administrar oxigênio quando indicado e ajustar conforme resposta e monitorização; auxiliar ventilação se inadequada. Reconhecer e tratar imediatamente lesões torácicas com risco de morte, incluindo suspeita de pneumotórax hipertensivo, conforme competência, recursos e protocolo

institucional. Não aguardar imagem para tratar ameaça clínica imediata à vida.

- **C — Circulação e perfusão:** verificar pulso, pele, enchimento capilar, pressão arterial, estado mental e sangramentos; repetir medidas em série. Obter acesso venoso de calibre adequado, coletar exames quando pertinentes e iniciar reposição conforme avaliação médica. No trauma com suspeita de sangramento importante, controlar a fonte e acelerar acesso a tratamento definitivo; evitar volumes excessivos de cristaloides que retardem a transferência. Considerar estabilização pélvica sobre os grandes trocânteres quando houver suspeita de fratura pélvica e instabilidade, se houver dispositivo e pessoal treinado. Considerar ácido tranexâmico precocemente no trauma grave com hemorragia ativa ou suspeita de sangramento significativo, dentro de 3 horas do evento, conforme prescrição e protocolo institucional; não administrá-lo rotineiramente em todo trauma. Acionar precocemente unidade com capacidade de cirurgia e hemoterapia quando necessária.

- **D — Disfunção neurológica:** avaliar nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow ou instrumento adequado à idade, pupilas, resposta motora e glicemia quando pertinente. Identificar convulsões, déficit focal e sinais de traumatismo cranioencefálico. Reavaliar após intervenções; prevenir hipóxia e hipotensão. A alteração da consciência não deve ser atribuída automaticamente a álcool ou outras substâncias.

- **E — Exposição e controle ambiental:** inspecionar o corpo inteiro, inclusive dorso quando a mobilização for segura e coordenada; procurar feridas, deformidades e outras fontes de sangramento. Preservar privacidade, cobrir o paciente e prevenir hipotermia. Remover roupas e objetos conforme

necessidade assistencial, registrando e preservando pertences conforme rotina institucional.

Reavaliação: repetir xABCDE após qualquer intervenção, deterioração, deslocamento ou antes da transferência. A avaliação primária é contínua, e as prioridades podem mudar rapidamente.

Avaliação secundária e medidas complementares

Após controle das ameaças imediatas e conforme estabilidade, colher história dirigida SAMPLE (sinais/sintomas; alergias; medicamentos, especialmente anticoagulantes; antecedentes; última alimentação; eventos e mecanismo do trauma), identificar horário do evento, altura de queda, velocidade, uso de proteção e evolução dos sintomas. Realizar exame da cabeça aos pés, inclusive exame neurovascular dos membros, dor, feridas e deformidades; documentar achados positivos e negativos relevantes.

Indicar analgesia, curativos, irrigação e proteção de feridas, imobilização de fraturas e avaliação de profilaxia antitetânica conforme situação vacinal e tipo de ferimento. Na suspeita de fratura exposta, proteger a ferida, avaliar perfusão e sensibilidade, considerar antibiótico precoce conforme prescrição/protocolo local e providenciar avaliação ortopédica. Não reduzir rotineiramente fratura ou retirar objeto empalado fora de situação excepcional definida pelo médico.

Solicitar radiografia, ultrassonografia ou exames laboratoriais apenas quando disponíveis e capazes de orientar uma decisão sem atrasar ressuscitação ou transferência. A indicação de tomografia de crânio, coluna ou outros segmentos e a escolha do hospital devem considerar protocolos específicos e capacidade da rede. Registrar resposta à analgesia e às demais intervenções.

Situações que exigem atenção específica

- **Crianças:** utilizar equipamentos e parâmetros adequados à idade e ao peso; a compensação hemodinâmica pode mascarar choque. Acionar referência pediátrica conforme gravidade.
- **Gestantes:** priorizar ressuscitação materna e considerar avaliação obstétrica/fetal; em gestação avançada, posicionamento que reduza compressão aortocava quando possível. Providenciar referência com capacidade obstétrica e de trauma conforme avaliação.
- **Idosos e pessoas em uso de anticoagulantes:** manter atenção elevada para hemorragia e traumatismo craniano, mesmo após mecanismo aparentemente de baixa energia.
- **Suspeita de lesão medular:** restringir movimentos conforme avaliação clínica, manter alinhamento em transferências e registrar exame neurológico. Déficit neurológico novo exige regulação prioritária.
- **Violência, maus-tratos ou acidente de trabalho:** atender sem prejuízo do acolhimento e cumprir registro, notificação e preservação de vestígios quando aplicável, conforme fluxos institucionais e legislação vigente.

Critérios de regulação e transferência prioritária

Iniciar regulação imediata, em paralelo à estabilização, para paciente com hemorragia não controlada ou suspeita de sangramento interno importante; choque; via aérea ameaçada; insuficiência respiratória; lesão torácica ou abdominal significativa; trauma craniano com alteração da consciência, déficit ou piora; suspeita de lesão medular; trauma penetrante em regiões críticas; fratura pélvica instável; fratura exposta ou lesão vascular; queimadura grave; politrauma; ou necessidade de cirurgia, hemoterapia, terapia intensiva, neurocirurgia ou exame essencial indisponível na UPA.

A equipe médica indicará o nível de suporte do transporte. Antes da saída, confirmar via aérea, ventilação, controle de hemorragia, acessos e imobilizações

indicadas, analgesia, monitorização, prevenção de hipotermia, estabilidade possível e comunicação com o serviço receptor. Encaminhar resumo com mecanismo e horário do trauma, avaliações e sinais vitais seriados, intervenções e horários, medicações, exames, suspeitas diagnósticas, resposta e pendências. Não manter o paciente grave na unidade somente para completar exames sem impacto na estabilização.

Observação, alta e orientações

Pacientes sem critérios de transferência podem permanecer em observação conforme avaliação médica, com reavaliação clínica e de sinais vitais em intervalos definidos pelo risco. A alta exige condição clínica compatível, plano de seguimento, orientações por escrito e sinais de retorno imediato, especialmente piora da dor, sangramento, vômitos repetidos, sonolência, confusão, fraqueza, dificuldade respiratória ou alteração da perfusão de membro. Aplicar protocolos específicos para traumatismo craniano, feridas, fraturas e queimaduras.

Registros e avaliação da execução

Registrar identificação, mecanismo, horário do evento e chegada, avaliações xABCDE, sinais vitais seriados, intervenções, resposta, exames, regulação e destino. Documentar horário e local de aplicação de torniquete. Indicador mensal: atendimentos de trauma grave com avaliação primária e reavaliação documentadas divididos pelo total de atendimentos de trauma grave, multiplicado por 100. Analisar atrasos de controle de hemorragia e transferência e realizar simulações com devolutiva às equipes.

Referências técnicas adotadas

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support — ATLS: Student Course Manual. 11. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2025. Referência para avaliação primária pelo xABCDE, avaliação

secundária, ressuscitação, reavaliação e preparação para transferência do paciente traumatizado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192 — Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: suporte avançado de vida. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Referência complementar, especialmente nas seções de emergências traumáticas e procedimentos, para atendimento inicial, estabilização e continuidade do cuidado na articulação com o atendimento pré-hospitalar e a regulação de urgências.

Responsabilidade pela atualização e revisão

Responsável pela atualização: Direção Técnica Médica, com coordenação médica e Responsável Técnico de Enfermagem. Aprovação: Direção Técnica Médica e Responsável Técnico de Enfermagem, no âmbito de suas competências. Revisão programada a cada 12 meses, contados da aprovação, e extraordinariamente diante de nova norma ou diretriz, evento adverso relevante, alteração da rede ou dos recursos. A Qualidade controlará versão, data, aprovação, distribuição e retirada de cópias obsoletas. Os titulares serão formalmente designados antes da implantação.

Implantação capacitação e avaliação do manual

A Direção Técnica e o Responsável Técnico de Enfermagem conduzirão a implantação nas duas UPAs, com apoio da Qualidade, farmácia e educação permanente. Antes da entrada em operação, conferir recursos, atualizar contatos e pactuações, aprovar formalmente a versão e disponibilizar o texto integral em meio acessível às equipes. Cada novo profissional receberá orientação na integração, com registro de participação.

O Programa de Educação Permanente V.2.12 incluirá acolhimento e classificação de risco, dor torácica, AVC, sepse e trauma, com discussão de casos e simulações adequadas à categoria. A capacitação será registrada por tema,

carga horária, participantes, instrutor e avaliação. Alterações relevantes dos protocolos serão comunicadas e acompanhadas de orientação antes de sua aplicação.

Mensalmente, a Qualidade consolidará os indicadores de cada protocolo por UPA. As coordenações analisarão atrasos, adesão e eventos adversos e definirão ação, responsável e prazo, verificando o resultado no ciclo seguinte. Quando houver poucos casos, a análise utilizará também números absolutos e revisão individual. Os indicadores operacionais deste manual complementam as metas contratuais e não as substituem.

V.1.10. MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO FARMÁCIA PATRIMÔNIO E TRANSPORTE SANITÁRIO

A organização das rotinas de almoxarifado, farmácia, patrimônio e transporte sanitário contribui para a continuidade da assistência, a segurança dos usuários e a adequada aplicação dos recursos da parceria. Para orientar essas atividades nas UPAs Norte e Sul, o IBSAÚDE apresenta, a seguir, o Manual de Rotinas de Almoxarifado, Farmácia, Patrimônio e Transporte Sanitário, que estabelece procedimentos, responsabilidades e registros para o abastecimento, a assistência farmacêutica, a conservação dos bens e a realização das remoções reguladas.

1.10.1. Finalidade Abrangência e Responsabilidades

Este manual estabelece as rotinas de suprimentos, assistência farmacêutica, gestão patrimonial e transporte sanitário das UPAs Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar. Seu objetivo é manter disponibilidade, conservação, rastreabilidade e uso adequado dos recursos, com controles separados por unidade e ligação entre consumo, atividade assistencial e apuração de custos.

O G-Hosp será utilizado para registrar e controlar os estoques de materiais e medicamentos das duas UPAs. A seção 9, deste subitem, define os dados e a conciliação com o subitem V.1.11. Controles de patrimônio e frota serão mantidos

em registro eletrônico institucional, com conciliação documental e vinculação aos centros de custo de cada unidade.

A Coordenação Administrativa responderá pela supervisão dos suprimentos, patrimônio e frota. O responsável pelo almoxarifado executará recebimento, guarda, distribuição e inventários de materiais; o farmacêutico responderá pelos medicamentos e pela assistência farmacêutica. Enfermagem conferirá estoques assistenciais, administração e devoluções; engenharia clínica e manutenção cuidarão dos equipamentos; contabilidade e custos validarão classificação e conciliações. Toda movimentação terá executor e autorizador identificados, com segregação de funções sempre que possível.

A gestão aprovará o manual com os responsáveis técnicos das áreas. Trabalhadores terão acesso à versão vigente e capacitação inicial e periódica. O funcionamento 24 horas exigirá cobertura de profissionais e acesso controlado aos estoques; não haverá retirada informal de material na ausência de um responsável nem compartilhamento de senhas.

1.10.2. Recebimento e Conferência de Materiais e Medicamentos

O recebimento ocorrerá por profissional autorizado, em área protegida, mediante confronto com solicitação aprovada, ordem de compra, contrato e documento fiscal. Serão conferidos fornecedor, destinatário, item, apresentação, concentração quando aplicável, quantidade e unidade de fornecimento, valor, lote, validade, fabricante, integridade e regularização sanitária exigível. Medicamentos terão avaliação da farmácia; equipamentos terão conferência patrimonial e técnica antes do uso.

O recebedor verificará as condições de transporte e a temperatura quando pertinente. Termolábeis terão prioridade de conferência e transferência ao armazenamento adequado. A aceitação considerará vida útil suficiente para o consumo programado e condições contratadas, sem receber lote próximo do vencimento apenas para regularizar entrega. Produto diferente, violado, avariado,

sem rastreabilidade ou com suspeita de desvio de qualidade será segregado, identificado e comunicado ao fornecedor e à liderança.

O registro de entrada no G-Hosp identificará unidade, local de guarda, documento de origem, data, item, lote, validade, quantidade e valor, conforme a configuração validada. Divergências terão termo e destinação definidos; estoque em quarentena não ficará disponível para distribuição. A aprovação da nota para pagamento dependerá de comprovação do recebimento e aceite, sem confundir chegada física com conformidade técnica.

Doações, devoluções e materiais fornecidos por órgãos públicos terão documento de entrada, origem e condição de uso registrados separadamente. Não serão recebidos para redistribuição medicamentos trazidos por usuários sem avaliação de procedência e conservação. Estoque inicial da transição será contado e conciliado com a SEMUS, com registro de propriedade, lote, validade e restrições, evitando apresentá-lo como aquisição do IBSAÚDE.

1.10.3. Armazenamento Conservação e Segurança

Os locais de guarda serão identificados e organizados por unidade, setor, classe e condição de armazenamento, com acesso restrito. Materiais permanecerão em prateleiras ou estrados adequados, protegidos de contato direto com o piso, umidade, luz, pragas e fontes de contaminação. Itens estéreis, saneantes, alimentos e medicamentos não serão misturados de modo incompatível com sua conservação ou segurança.

A farmácia observará as condições de temperatura, luz e umidade indicadas pelo fabricante. Termolábeis utilizarão equipamento apropriado e exclusivo para produtos de saúde, com monitoramento contínuo quando disponível e conferência documentada pelo menos duas vezes ao dia, como rotina institucional. A faixa de 2 a 8 °C será aplicada somente aos produtos que a exijam. Excursão térmica determinará segregação, preservação dos registros e avaliação do farmacêutico antes de liberar ou descartar; retornar à temperatura correta não comprova recuperação da qualidade.

Será aplicado PVPS, primeiro que vence, primeiro que sai, preservando lote e validade. Medicamentos de alta vigilância e apresentações com risco de troca terão identificação e organização diferenciadas, com separação física quando indicada. Gases medicinais e cilindros serão mantidos em condições seguras, identificados, protegidos contra queda e calor e separados entre cheios e vazios, com controle de reserva e inspeção por pessoal habilitado.

1.10.4. Estoque Mínimo e Ponto de Ressuprimento

Cada item e local de guarda terá parâmetro próprio, aprovado pelo responsável técnico ou pelo almoxarifado e pela coordenação. O cálculo considerará consumo real, demanda prevista, sazonalidade de cada UPA, prazo total de reposição, criticidade, validade e espaço. Não será aplicado um único quantitativo de reserva indistintamente às duas unidades.

Parâmetro	Definiçao e formula operacional	Aplicação
Consumo médio diário ajustado D	Consumo do período dividido pelos dias considerados, ajustado para falta anterior de estoque e variação de demanda	Utilizar inicialmente histórico disponível de até 90 dias e projeção da unidade; não interpretar consumo zero por desabastecimento como ausência de necessidade
Prazo de reposição TR	Dias entre identificação e formalização da necessidade e disponibilidade efetiva do produto aprovado	Incluir autorização, compra, entrega, conferência e liberação; revisar conforme desempenho do fornecedor
Estoque mínimo ou de segurança ES	ES = D × dias de segurança	Referência inicial proposta de 15 dias para itens de rotina e 30 para itens críticos, sujeita à avaliação técnica e ao prazo real de fornecimento
Ponto de ressuprimento PR	PR = D × TR + ES	Abrir solicitação quando a posição disponível projetada atingir o ponto; não esperar consumir a reserva mínima
Estoque máximo de planejamento	E máximo = D × (TR + R) + ES, sendo R o intervalo planejado entre revisões de compra	Referência inicial R de 30 dias; limitar por validade, consumo esperado, embalagem e capacidade de guarda

Quantidade a repor	Q = maior valor entre zero e E máximo menos a posição de estoque	Posição = saldo apto + pedidos firmes confirmados − reservas; verificar datas de entrega para não contar pedido atrasado como cobertura imediata

1.10.4.1. Rotina de acompanhamento e contingência de abastecimento

As referências de 15 e 30 dias são parâmetros institucionais propostos, e não exigências legais. Itens essenciais de baixo consumo terão reserva técnica mínima definida por risco, ainda que a média histórica seja pequena ou zero. As quantidades serão arredondadas para unidades de fornecimento compatíveis, sem gerar sobre-estoque que comprometa a validade.

O almoxarifado e a farmácia verificarão diariamente itens críticos e estoques próximos do ponto de ressuprimento. A lista geral será revista semanalmente, e os parâmetros serão reavaliados mensalmente e antes de picos sazonais, mudanças de protocolo ou do perfil de demanda. Exemplo ilustrativo: com D de 10 unidades por dia, TR de 7 dias e segurança de 15 dias, ES será 150 unidades e PR 220. O exemplo não representa consumo real das UPAs.

Risco de ruptura será comunicado imediatamente à coordenação e à liderança assistencial, com item, saldo apto, cobertura estimada, pedidos e prazo. A resposta poderá envolver antecipação de entrega, compra emergencial segundo o regulamento institucional, remanejamento formal autorizado ou alternativa terapêutica aprovada pelo prescritor e farmacêutico. Não haverá substituição unilateral de medicamento, apresentação ou dispositivo. Transferências entre unidades terão autorização, transporte adequado e baixa e entrada conciliadas, sem dupla contagem como consumo final.

O inventário rotativo verificará itens críticos e controlados com maior frequência, e o estoque completo será conciliado ao menos mensalmente. Contagem física será confrontada com o G-Hosp, com investigação de divergência, documentação de perdas e ajuste autorizado. Será vedado criar entrada fictícia, apagar movimentação ou deixar saldo negativo como solução permanente.

1.10.5. Distribuição Dispensação e Devolução

Materiais serão solicitados pelo setor por documento ou requisição eletrônica, com identificação da unidade, item, quantidade e finalidade. O responsável conferirá necessidade e saldo, separará conforme PVPS e registrará saída, lote quando aplicável, setor destinatário, quantidade, data e recebedor. Estoques de setor terão quantitativos definidos e reposição baseada no consumo, sem acumulação sem controle.

Medicamentos serão fornecidos aos usuários em atendimento mediante prescrição do profissional responsável. O farmacêutico verificará identificação, medicamento, apresentação, dose, via, frequência, duração, alergias e riscos relevantes e esclarecerá inconsistências com o prescritor. Urgências não sofrerão atraso incompatível com a condição clínica: a liberação emergencial seguirá protocolo, com conferência imediata possível e revisão e registro subsequentes.

A dispensação identificará usuário ou episódio e setor, prescritor, profissional dispensador, item, quantidade, lote e validade, em registro próprio ou vinculado ao G-Hosp conforme os recursos homologados. A enfermagem conferirá a identificação e a prescrição antes da administração, registrando sua execução e intercorrências no prontuário. Dispensação, transferência de estoque e administração são eventos distintos, e não serão lançados como sinônimos.

Carrinhos e maletas de emergência, inclusive da ambulância, terão composição e quantidades padronizadas, checagem no início do plantão, após uso e troca do lacre, com registro da reposição. Retirada de medicamento sem identificação de uso será investigada e conciliada, preservando o atendimento urgente. Nenhum setor manterá reserva oculta fora do inventário.

Devoluções serão registradas por item, lote, quantidade, motivo e origem. O farmacêutico ou responsável técnico avaliará integridade, conservação e possibilidade de reintegração; produto sem condição assegurada ficará segregado. Embalagem aberta, dose preparada ou item com perda de rastreabilidade não retornará automaticamente ao estoque apto. A devolução aprovada estornará a saída correspondente sem apagar seu histórico.

1.10.6. Medicamentos Sujeitos a Controle Especial

1.10.6.1. Guarda acesso e dispensação

O farmacêutico responsável manterá relação atualizada dos produtos sujeitos à Portaria SVS/MS nº 344/1998, à Portaria nº 6/1999 e às atualizações e regras específicas de cada lista. A farmácia assegurará guarda em local exclusivo e trancado ou com dispositivo de segurança equivalente, controle de acesso e responsabilidade formal pelo plantão. Chaves e credenciais terão titular e substituto autorizados; não ficarão disponíveis à circulação geral.

O recebimento terá conferência específica de quantidade, lote, validade, documento fiscal e fornecedor habilitado. A dispensação interna exigirá prescrição válida para o contexto assistencial, com identificação do usuário e dos profissionais e quantidade fornecida. Não se confundirá prescrição para uso na UPA com receituário para eventual dispensação externa, que seguirá requisitos e modelos vigentes, inclusive atualizações do Sistema Nacional de Controle de Receituários quando aplicáveis.

Medicamentos controlados mantidos em sala de emergência ou ambulância ficarão em compartimento seguro e quantidade padronizada. A passagem de plantão terá contagem e assinatura dos responsáveis. Divergência, quebra, perda, suspeita de desvio ou violação de lacre será comunicada imediatamente ao farmacêutico e à gestão, com investigação, preservação de evidências e comunicação à autoridade competente quando devida. Não se registrará uma perda como administração a paciente inexistente.

1.10.6.2 Escrituração conciliação e prestação de informações sanitárias

As movimentações serão registradas cronologicamente nos livros próprios ou sistema eletrônico previamente avaliado e aprovado pela autoridade sanitária, quando admitido, com saldos, entradas, saídas e perdas, documento de origem, data, produto e responsável. Será adotada atualização diária como rotina interna,

sem afastar os requisitos sanitários de escrituração. Registros e comprovantes permanecerão disponíveis na unidade à fiscalização.

O G-Hosp servirá ao controle gerencial e à conciliação do estoque. Seus relatórios não substituirão automaticamente os livros sanitários nem demonstrarão aprovação de escrituração eletrônica. O farmacêutico documentará o método autorizado, a abertura e o encerramento dos livros, a segregação por grupos exigida e as obrigações de informação aplicáveis à licença e ao tipo de operação. A aplicabilidade do SNGPC será verificada conforme RDC nº 22/2014 e orientação sanitária vigente, sem assumir que o regime de drogaria privada se aplica à farmácia privativa da UPA.

O saldo físico de controlados será conferido em cada passagem de plantão e conciliado pelo farmacêutico com dispensações, administrações, devoluções e perdas. Divergência será registrada e corrigida mediante procedimento rastreável e autorização pertinente; ajuste gerencial não apagará a obrigação de justificar a movimentação sanitária. Balanços e comunicações que incidam sobre a operação terão calendário mantido pelo farmacêutico conforme o enquadramento e a orientação da vigilância sanitária.

Sobras, frascos parcialmente utilizados e quebras terão identificação e registro do destino, com conferência por dois profissionais como controle institucional, quando aplicável à situação. Produtos vencidos ou impróprios continuarão sob guarda segura e controle até sua destinação autorizada. A baixa e o descarte observarão exigências da autoridade sanitária e do PGRSS, mantendo comprovantes e conciliação; não serão misturados a resíduos comuns ou descartados por iniciativa isolada.

Livros, prescrições, comprovantes e termos terão guarda pelo prazo sanitário aplicável à classe, acrescido de eventual obrigação maior. Quando integrarem prontuário ou prestação de contas, observarão também o descrito no item V.1.4 e os prazos legais correspondentes. A eliminação não será automática ao finalizar um livro ou contrato.

1.10.7. Validade Desvios de Qualidade e Destinação de Produtos

O controle registrará lote e validade desde a entrada, com alertas e inspeção física. Como rotina institucional, serão analisados diariamente os alertas de itens críticos e mensalmente todos os lotes. Relatórios em faixas de até 90, 60 e 30 dias do vencimento orientarão consumo programado e remanejamento autorizado; as faixas são parâmetros internos e não permitem usar produto fora da validade. Produtos com prazo menor após abertura ou preparo terão identificação do responsável, data, hora e limite de uso conforme orientação técnica.

Ao atingir vencimento, apresentar avaria ou suspeita de desvio de qualidade, o item será bloqueado no controle de estoque e retirado da área de dispensação. A segregação utilizará local identificado, restrito e compatível com o risco, com separação entre vencidos, quarentena, devolução ao fornecedor e recolhimento. O registro conterá unidade, item, lote, validade, quantidade, motivo, origem e responsável. Produto segregado não contará como saldo disponível nem será remanejado para ocultar perda.

Recolhimentos e alertas sanitários serão avaliados pelo farmacêutico ou responsável técnico, que localizará o lote no estoque e nos setores e rastreará sua distribuição e uso. Haverá bloqueio, comunicação às equipes, tratamento dos usuários potencialmente afetados quando necessário e notificação pelos canais oficiais pertinentes. A gestão acompanhará devolução, substituição e responsabilização contratual do fornecedor, mantendo o dossiê.

1.10.7.1 Descarte e evidências

A destinação seguirá o PGRSS e as regras da RDC Anvisa nº 222/2018, CONAMA nº 358/2005 e exigências locais aplicáveis. Resíduos farmacêuticos serão classificados e acondicionados segundo composição, periculosidade e incompatibilidades. Não será estabelecida uma única rota de descarte para todos os medicamentos; os produtos previstos no art. 59 e os sujeitos a controle especial seguirão seus requisitos próprios.

A retirada será realizada por prestador regular e licenciado para o resíduo e serviço, conforme contratação institucional e verificação documental. A baixa terá autorização, relação de itens e lotes, comprovante de coleta, documento de transporte quando exigível e certificado ou comprovante de tratamento e destinação. Controlados aguardarão os procedimentos sanitários específicos. A baixa de estoque e o reconhecimento da perda serão conciliados com custos e documentação contábil, sem lançar como consumo assistencial o que foi inutilizado.

Será vedado reutilizar embalagens de medicamento para acondicionamento impróprio, descartar resíduos perigosos em pia, vaso sanitário ou coleta comum, ou encaminhar produto vencido a doação. Materiais perfurocortantes e recipientes com risco químico associado observarão ambas as características no manejo, com orientação da farmácia, enfermagem e responsável pelo PGRSS.

1.10.7.2 Responsabilidades pela prevenção de perdas

Farmácia e almoxarifado analisarão mensalmente perdas por vencimento, avaria, conservação e diferença de inventário, com quantidade, valor, causa e ação corretiva. A coordenação ajustará compras, lotes, entregas e estoques, com apuração de responsabilidade quando cabível. A redução de perdas não autorizará dispensação sem indicação clínica ou antecipação de consumo apenas para esgotar lote próximo ao vencimento.

1.10.8. Gestão Patrimonial e Bens Públicos Cedidos

1.10.8.1. Recebimento tombamento e responsabilidade

Os bens cedidos pelo Município serão recebidos por inventário físico, patrimonial e funcional e termo de permissão de uso, com identificação individualizada, estado de conservação e funcionamento. A equipe conferirá plaquetas, número de série, acessórios, localização e documentos, registrando divergências e evidências. Defeito será comunicado e terá tratamento técnico, sem aceite fictício de equipamento como operacional.

O cadastro patrimonial distinguirá bens municipais cedidos, bens adquiridos com recursos da parceria, bens próprios da entidade e bens de terceiros. Cada bem conterá identificador, descrição, marca, modelo, série, origem, propriedade, data e valor de entrada quando conhecidos, unidade, setor, responsável pela guarda, estado, garantia e histórico de manutenção. Números municipais existentes serão preservados; código interno complementar não substituirá o tombamento público.

Bens novos terão conferência técnica e documental, identificação física e cadastro antes da disponibilização, com termo de responsabilidade do setor. Se dependerem de tombamento pelo Município, serão identificados provisoriamente e encaminhados para regularização, mantendo o vínculo com nota e aquisição. Todas as aquisições de bens móveis com recursos da parceria serão comunicadas à SEMUS em até 30 dias de sua ocorrência.

Os bens serão usados exclusivamente no objeto e protegidos por guarda, conservação, manutenção e cobertura securitária compatível com o termo e o inventário. Não haverá empréstimo particular, retirada para outra parceria ou descarte sem autorização. A responsabilidade pelo uso não se confunde com propriedade do bem.

1.10.8.2 Movimentação manutenção e inventário anual

Movimentação entre setores ou unidades exigirá solicitação, justificativa, autorização e termo de transferência com identificação do bem, origem, destino, responsáveis e datas. A atualização do cadastro ocorrerá na movimentação. Remessa para manutenção terá ordem de serviço e comprovante de entrega e retorno, indicando acessórios enviados, condição e prestador. Equipamento sem segurança ou manutenção necessária será retirado de uso e sinalizado, com alternativa assistencial organizada.

Será realizado inventário anual completo, além do inventário de entrada, transição e encerramento e conferências extraordinárias em caso de troca de responsável, perda ou dano. O planejamento anual preverá contagem em

dezembro e conciliação pela data de corte de 31 de dezembro, com relatório em até 10 dias úteis do fechamento. A comissão designada terá independência possível em relação à guarda diária, verificando existência, localização, plaqueta, condição e responsável.

Divergências terão investigação, registro e providência, com comunicação à SEMUS quando envolverem bens públicos. O relatório listará bens localizados, não localizados, excedentes, danificados, em manutenção e sem identificação e apresentará plano de saneamento. Reconciliação não autorizará apagar bem não encontrado. Perda, furto ou dano relevante terá comunicação imediata à gestão e os registros e acionamentos cabíveis.

1.10.8.3 Substituição baixa e devolução

Alienação ou substituição de bem móvel público observará autorização prévia da SEMUS e avaliação, com integração do substituto ao patrimônio municipal nas condições do edital. O IBSAÚDE não dará baixa unilateral em bem cedido. Os bens permanentes adquiridos, produzidos ou transformados com recursos da parceria serão formalmente transferidos ao Município ao término, ressalvada decisão fundamentada em sentido diverso. A devolução incluirá inventário e condição, respeitando o desgaste natural do uso regular.

1.10.9. Sistema Informatizado e Integração com a Apuração de Custos

O Sistema G-Hosp ou similar será utilizado para gestão dos estoques de materiais e medicamentos. Na implantação das UPAs, os responsáveis validarão cadastro, perfis, locais de guarda, unidades de medida e conversões, registros por lote e validade e relatórios necessários. Versão, fornecedor de suporte e configuração efetivamente utilizada constarão da ficha técnica do V.1.8. Recursos e integrações serão homologados por testes antes da entrada em operação.

O cadastro adotará código único por item e apresentação e identificação de cada UPA e setor. Documentos de entrada e movimentação permitirão localizar quantidade, valor, lote, validade, origem, destino, profissional e justificativa. Se

algum campo exigido não estiver disponível na configuração utilizada, haverá registro complementar institucional vinculado ao identificador da movimentação, com responsável, integridade e conciliação.

1.10.9.1. Integração das informações de suprimentos, patrimônio e transporte à apuração de custos

A farmácia e o almoxarifado disponibilizarão relatórios ou exportações do G-Hosp em layout acordado com custos e contabilidade. A transmissão ocorrerá por recurso autorizado disponível, em arquivo estruturado ou relatório controlado; interface automática dependerá de validação técnica com o fornecedor. O fechamento identificará unidade, centro de custo, competência, item, tipo e número da movimentação, documento de origem, quantidade, unidade de medida, valor unitário e total, lote quando aplicável e eventuais estornos.

O método gerencial proposto para valorar saídas será o custo médio ponderado móvel, conciliado com os registros contábeis e a configuração validada. Divergência entre o método disponível no sistema e a política aprovada será tratada por conciliação documentada, sem troca silenciosa de critério. Saldos iniciais, doações e insumos fornecidos pelo poder público terão origem segregada, evitando cobrança como aquisição custeada pela parceria quando não houve essa despesa.

A apropriação será direta ao centro de custo de destino quando o consumo puder ser identificado. Transferência entre depósitos não será reconhecida como novo consumo nas duas pontas; saída para estoque de setor terá conciliação com consumo, devoluções e saldo, conforme o nível de detalhe disponível. Perdas e ajustes ficarão em natureza própria. Recursos compartilhados entre UPAs terão critério causal documentado, sem divisão automática em partes iguais ou duplicidade.

Base de origem	Informação integrada aos custos	Controle contra duplicidade
Sistema e documentos de compra	Entradas, saídas, devoluções, saldos e valores de materiais e medicamentos por unidade e centro	Distinguir compra, consumo e pagamento; validar estornos e movimentações entre depósitos
Cadastro patrimonial e engenharia clínica	Bens, origem dos recursos, manutenção, peças e serviços por equipamento	Separar aquisição patrimonial de consumo; depreciação gerencial, quando cabível, não gera por si só despesa elegível ou novo pagamento
Controle de frota e abastecimentos	Viagens, quilometragem, combustível, manutenção, seguro, licenciamento e insumos de bordo por veículo e UPA	Conciliar notas e serviços; não cobrar novamente item já apropriado em outro centro ou incluído em contrato
Folha e contratos da tripulação	Postos exclusivos do transporte e demais componentes contratados	Não computar tripulação na cobertura assistencial interna nem apropriar duas vezes sua remuneração

1.10.9.2. Fechamento e segurança dos registros

Até o quinto dia útil do mês seguinte, como prazo interno proposto, almoxarifado, farmácia, patrimônio e frota enviarão as bases do período anterior ao responsável por custos. A conciliação verificará saldo inicial + entradas − saídas e perdas + devoluções e ajustes autorizados = saldo final, com a correta natureza de cada operação, além dos totais físicos e financeiros. Movimentos posteriores ao corte terão trilha e tratamento no período pertinente, sem lançamento retroativo sem controle.

O fechamento será segregado por UPA e compatível com os centros de custo e Grupos A a D, a serem detalhados no subitem V.1.11. Custos de transporte serão discriminados nos Grupos A, B e C conforme a natureza, e custos indiretos compartilhados observarão o limite de 3%. Registro gerencial de custo não será confundido com autorização de despesa ou comprovação de pagamento.

Usuários do sistema G-Hosp e dos controles complementares terão credenciais individuais, perfis por atribuição, registro de alterações e revogação de acesso quando necessária. Não serão permitidos cadastros duplicados, alterações de saldo sem justificativa ou acesso indiscriminado a dados de usuário. Backup e

recuperação seguirão o descrito no subitem V.1.8, com proteção dos dados pessoais e do histórico de movimentações.

Em falha de sistema, requisições e movimentos serão registrados em formulários numerados, com unidade, item, lote, quantidade, origem, destino, horário e responsáveis.

1.10.10. Organização do Transporte Sanitário

Será mantida pelo menos uma ambulância de suporte básico Tipo B em cada UPA, disponível 24 horas, com condutor de veículo de urgência e técnico de enfermagem exclusivos por plantão. A tripulação terá habilitação e capacitação compatíveis, e não será computada na cobertura interna da unidade. O enfermeiro responsável organizará a supervisão e os protocolos de enfermagem do transporte; o médico indicará o suporte necessário e dialogará com a regulação.

O transporte da parceria será utilizado para remoções e transferências compatíveis com suporte básico, determinadas pelo Complexo Regulador Estadual. Atendimento pré-hospitalar móvel e remoções que exijam suporte avançado permanecerão a cargo do SAMU 192. Não será utilizado veículo Tipo B como substituto de recurso avançado para suprir indisponibilidade de vaga ou ambulância regulada.

1.10.10.1. Acionamento e autorização

O médico registrará a decisão de transferência, horário, necessidade clínica e recurso indicado e acionará o Complexo Regulador Estadual pelo fluxo e sistema oficiais definidos com a gestão. A equipe designada apoiará a inserção e o acompanhamento, mantendo protocolo, contatos, resposta, destino e autorização. A plataforma oficial e os canais de contingência serão definidos com a SEMUS e o Complexo Regulador Estadual.

O acionamento ocorrerá imediatamente nos casos urgentes, sem aguardar o limite médio de 60 minutos entre decisão e registro da solicitação. Se houver necessidade de suporte avançado, será acionada a Central de Regulação das

Urgências/SAMU 192, com registro de horário e resposta. Durante a espera, a UPA manterá cuidados e atualização clínica, escalonando atraso ou recurso incompatível à direção técnica e à regulação.

1.10.10.2. Preparação saída e operação da remoção

Confirmados orientação regulatória, destino e transporte adequado, médico e enfermagem reavaliarão o usuário antes da saída. A equipe conferirá identificação, condição clínica, prescrição, alergias, dispositivos, necessidade de oxigênio, precauções, documentos e exames e transmitirá o caso à tripulação. Mudança clínica que torne o suporte básico insuficiente determinará nova avaliação e contato com a regulação, com registro e manutenção da assistência.

O técnico de enfermagem verificará equipamentos e materiais e a compatibilidade do cuidado com sua competência, com apoio do enfermeiro responsável. O condutor verificará condições do veículo e percurso, habilitação, combustível e itens de segurança. Os meios de contenção e fixação próprios da maca, equipamentos e ocupantes serão conferidos, respeitando a segurança no transporte; não serão usados dispositivos de modo improvisado.

A ficha da viagem identificará unidade, veículo e placa, data, número do transporte, episódio assistencial ou identificador protegido, origem, destino, motivo, protocolo e autorização regulatória, tripulação, horários de acionamento, saída, chegada ao destino e retorno, quilometragem inicial e final, assistência e intercorrências. Dados clínicos ficarão em documento assistencial restrito, sem exposição em relatórios públicos de frota.

Durante o trajeto, o técnico prestará os cuidados de sua competência e acompanhará o usuário. Deterioração exigirá comunicação imediata à regulação, adoção das medidas cabíveis e destino orientado pelo médico regulador. Não se improvisará suporte avançado nem se prosseguirá ignorando incompatibilidade de recurso. Intercorrências, orientações recebidas e providências serão registradas.

No destino, haverá passagem do cuidado ao profissional receptor, com identificação, horário, condição de chegada, exames e documentação. A tripulação

colherá comprovante ou registro de recebimento e informará a conclusão à UPA. A viagem só será encerrada após registros assistenciais e operacionais e conferência das pendências de materiais, medicamentos ou equipamentos enviados.

1.10.11. Conservação Prontidão e Contingência da Frota

Antes de assumir o plantão e após cada remoção, condutor e técnico realizarão checklist assinado. Serão conferidos documentação, pneus, freios e sinais de falha, iluminação e sinalização, cintos, maca e fixações, comunicação, combustível e limpeza, além de oxigênio e autonomia estimada, aspiração, ventilação, oxímetro, imobilização, materiais e medicamentos compatíveis com Tipo B. Não será liberada ambulância com falha que comprometa segurança ou suporte necessário.

Após a viagem, a equipe providenciará limpeza e desinfecção conforme precauções e produto indicado, descarte de resíduos, reposição e conferência de oxigênio e maletas. O veículo ficará na garagem própria da UPA, cuja conservação caberá ao IBSAÚDE. A coordenação manterá plano de manutenção preventiva por tempo e quilometragem, conforme fabricante e exigências legais, com ordens de serviço, garantias, licenciamento, seguro e registros de inspeção.

Falha ou manutenção programada terá bloqueio de uso e comunicação imediata à coordenação e à regulação. O IBSAÚDE providenciará recurso substituto compatível para manter a cobertura mínima de suporte básico da unidade, com veículo, equipamentos e tripulação regulares, sem retirar da outra UPA seu único recurso e deixá-la descoberta. A contratação e os custos da continuidade integrarão o planejamento financeiro. O recurso avançado continuará sob acionamento do SAMU.

1.10.12. Controle de Quilometragem Combustível e Custos da Frota

Cada saída e retorno terá leitura do hodômetro, destino, motivo, horários e responsáveis. A coordenação conferirá a distância percorrida pela diferença entre leituras e a coerência com a rota, os registros regulatórios e os comprovantes de

recepção. Desvios de percurso, deslocamentos sem usuário e viagens de manutenção terão justificativa própria. Será vedado utilizar o veículo para finalidade particular ou alheia ao objeto.

Todo abastecimento terá documento fiscal, data, posto, veículo e placa, condutor, hodômetro, tipo de combustível, litros, preço unitário e total, com autorização e vínculo ao controle da frota. A conferência verificará capacidade do tanque, sequência das leituras, duplicidade e compatibilidade com os trajetos. Abastecimento emergencial fora do fluxo terá justificativa e comprovação, sem dispensa de conferência.

Mensalmente serão apurados quilômetros percorridos, litros consumidos, gasto com combustível, viagens realizadas, manutenção, horas de indisponibilidade e custo por quilômetro e por remoção. A eficiência em km por litro será analisada em intervalos de abastecimento comparáveis, considerando estoque no tanque e eventual consumo com motor parado; uma única nota não será interpretada como consumo exato de uma viagem. Divergências relevantes terão investigação e medida corretiva.

Os documentos alimentarão o centro de custo do transporte da respectiva UPA, com reconciliação entre abastecimentos, notas, pagamentos e serviço realizado. O preço por quilômetro gerencial não criará cobrança adicional ou duplicada. Reposição de insumos da ambulância sairá do estoque pelo identificador do veículo, setor e viagem ou período, com ligação ao G-Hosp e ao fechamento descrito na seção 9 deste subitem.

1.10.13. Registros Supervisão e Revisão

Serão mantidos registros de recebimento e divergências; entradas e saídas; saldos e parâmetros de reposição; prescrições e dispensações; escrituração de controlados; temperaturas; validade, bloqueios e descarte; inventários e termos de responsabilidade; movimentações patrimoniais; ordens de manutenção; solicitações e fichas de transporte; checklists; quilometragem e combustível; e bases de custos e conciliações. A guarda seguirá os prazos por classe e as regras

do exposto no subitem V.1.4, assegurando acesso à SEMUS e aos órgãos de fiscalização.

Mensalmente, as lideranças avaliarão rupturas, compras emergenciais, perdas por vencimento, diferenças de inventário, falhas de cadeia fria, inconsistências de controlados, bens não localizados, indisponibilidade da frota e desvios de consumo de combustível. Medidas corretivas terão responsável, prazo e verificação de resultado. Incidente assistencial ou suspeita de desvio será escalonado imediatamente, sem aguardar o fechamento mensal.

A capacitação inicial e continuada, articulada à IBEscola, contemplará uso do G-Hosp, rastreabilidade, segurança farmacêutica, controlados, resíduos, patrimônio e transporte. O manual será revisto ao menos anualmente e quando houver alteração normativa, de sistema, de contrato ou necessidade identificada, com aprovação da gestão e dos responsáveis técnicos.

V.1.11. MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

A gestão administrativa e financeira sustenta a continuidade dos serviços e assegura o controle e a transparência na aplicação dos recursos da parceria. Nesse sentido, o IBSAÚDE apresenta, a seguir, o Manual de Rotinas Administrativo-Financeiras e de Gestão de Custos, que estabelece procedimentos e responsabilidades para compras, contratações, pagamentos, movimentação bancária, organização documental e prestação de contas. O documento também disciplina a apuração e o rateio dos custos das UPAs Norte e Sul, permitindo acompanhar a execução orçamentária e sua relação com os serviços prestados, em conformidade com o edital e as normas aplicáveis.

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS

1.11.1. Finalidade e Organização da Gestão

Este manual disciplina as compras, as contratações, a execução financeira, a escrituração e a apuração de custos da parceria para gestão das UPAs Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar. Estabelece o percurso de cada despesa, desde a identificação da necessidade até sua comprovação nas contas, com segregação por unidade e vínculo entre recursos aplicados, serviços executados e resultados assistenciais.

O IBSAÚDE adotará orçamento analítico por UPA, controle da conta bancária específica, documentação identificada pela parceria e conciliação mensal entre contratos, estoques, folha, patrimônio, registros contábeis e extratos. A gestão acompanhará a disponibilidade financeira e as obrigações a vencer, preservando o abastecimento e a continuidade da assistência durante as 24 horas de funcionamento.

As rotinas observarão o Termo de Colaboração, o Plano de Trabalho aprovado, o edital, a Lei Federal nº 13.019/2014, o Decreto Municipal nº 2.121/2021, com as alterações do Decreto nº 2.958/2026, e as Normas Brasileiras de Contabilidade aplicáveis às entidades sem finalidade de lucros, especialmente a ITG 2002 (R1) e a ITG 2000 (R1). Os procedimentos de compra observarão o **REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E COMPRAS DO IBSAÚDE - ANEXO VI** desta proposta e as obrigações específicas da parceria.

1.11.2. Responsabilidades e Segregação de Funções

A direção designará responsáveis e substitutos, aprovará as alçadas de contratação e pagamento e assegurará a segregação entre solicitar, selecionar fornecedor, atestar recebimento, autorizar e executar pagamento. O solicitante não aprovará sozinho sua própria demanda. Se o quadro disponível exigir acumulação

de atividades, haverá revisão documentada por profissional distinto e aprovação superior.

Responsável	Atribuição operacional	Evidência de controle
Área solicitante e responsável técnico	Justificar a necessidade, especificar o objeto e conferir a entrega ou o serviço	Requisição, especificação, medição e atesto
Compras e contratos	Pesquisar preços, comparar propostas, conferir fornecedores e acompanhar a contratação	Cotações, mapa comparativo, justificativa e contrato
Coordenação administrativa e direção	Verificar orçamento, aprovar contratação e pagamento conforme alçada e acompanhar pendências	Autorização identificada e registro de decisão
Financeiro e contabilidade	Programar pagamentos, conciliar bancos, escriturar, controlar tributos e obrigações	Títulos, comprovantes, conciliações e balancetes
Custos e prestação de contas	Validar centros de custo, rateios, relatórios e dossiês por unidade	Memórias de cálculo, demonstrativos e protocolo

Os responsáveis técnicos validarão a adequação sanitária e assistencial dos objetos de sua área. O contador habilitado responderá pela escrituração e pelos demonstrativos de sua competência; o representante legal assinará os relatórios que lhe forem atribuídos. A aprovação interna não substituirá autorização municipal exigida pelo instrumento, nem a análise dos órgãos públicos competentes.

1.11.3. Planejamento de Compras e Contratação

Cada UPA manterá programação de materiais, medicamentos, manutenção, equipamentos e serviços, baseada no consumo, nos estoques, no dimensionamento, na sazonalidade, nas condições dos bens e nas metas assistenciais. A programação será revista mensalmente e sempre que houver alteração relevante de demanda. O G-Hosp fornecerá os dados de estoque, consumo e reposição, conciliados com as solicitações dos setores.

A requisição identificará parceria, unidade, setor, responsável, item ou serviço, especificação, quantidade, justificativa, prazo necessário, centro de custo, natureza de despesa e disponibilidade orçamentária. A compra verificará saldo apto, pedidos em andamento e possibilidade de remanejamento autorizado, evitando aquisição duplicada. Serviços terão escopo, entregáveis, condições de execução e critérios de medição definidos antes da pesquisa.

A coordenação verificará se o objeto é necessário e permitido, se está previsto no planejamento aprovado e se existe cobertura financeira. Alteração que dependa de autorização da SEMUS será submetida previamente pelo procedimento próprio. A urgência assistencial será registrada e encaminhada à decisão competente, sem autorizar aplicação em finalidade estranha à parceria.

1.11.4. Pesquisa de Preços e Registro das Cotações

Como procedimento interno proposto, será buscada a obtenção de pelo menos três propostas independentes e comparáveis, sempre que as condições de mercado permitirem, sem prejuízo de exigência mais rigorosa do regulamento institucional ou da parceria. Esse parâmetro é uma regra operacional da proposta; não será apresentado como obrigação geral imposta pela Lei nº 13.019/2014.

As consultas utilizarão especificações equivalentes. Cada cotação conservará identificação e contato do fornecedor, CNPJ ou identificação pertinente, data, validade, descrição, apresentação, quantidade, preço unitário e total, tributos, frete, prazo de entrega, pagamento e garantia. Propostas recebidas por e-mail ou plataforma serão preservadas com sua origem; pesquisas em páginas eletrônicas terão endereço, data, condições e evidência da oferta. Não se admitirá elaborar proposta em nome do fornecedor.

O processo reunirá requisição, consultas encaminhadas, respostas, tentativas sem retorno, mapa comparativo, avaliação técnica, decisão e autorização. Quando não houver três propostas válidas, serão registradas as tentativas e a justificativa de mercado, com evidências alternativas de compatibilidade de preços, como contratações anteriores atualizadas, preços

públicos ou referências de mercado adequadas ao mesmo objeto. Exclusividade exigirá comprovação idônea e verificação de razoabilidade do preço.

1.11.5. Critérios Objetivos de Seleção de Fornecedores

A seleção ocorrerá entre propostas tecnicamente aptas e fornecedores com capacidade de cumprir a contratação. Serão verificados regularidade cadastral e documentos fiscais e trabalhistas pertinentes, licenças sanitárias e habilitação técnica quando exigíveis, capacidade de fornecimento, prazo, garantia e histórico documentado de desempenho. As exigências serão proporcionais ao objeto e conhecidas antes da comparação.

O critério ordinário será o menor custo total entre as propostas aptas, incluindo preço, frete, tributos não recuperáveis e demais custos necessários. Prazo incompatível, produto inadequado ou falta de habilitação técnica implicarão desclassificação fundamentada. A escolha de proposta com preço superior exigirá justificativa objetiva e aprovação, demonstrando a vantagem, como menor custo de manutenção, garantia mais adequada ou entrega indispensável à continuidade assistencial. Preferência pessoal não será critério de seleção.

Empate será resolvido, sucessivamente, por menor prazo de entrega compatível, melhores condições de garantia e histórico documentado de desempenho; persistindo equivalência, haverá sorteio registrado. Serão vedados fracionamento para contornar alçadas, direcionamento e conflito de interesses não tratado. Vínculo com dirigente ou participante da decisão será declarado e encaminhado à análise de integridade, com afastamento do interessado e observância das vedações legais e institucionais.

1.11.6. Formalização e Acompanhamento dos Contratos

A contratação será formalizada por ordem de compra ou instrumento contratual, conforme natureza e risco, com identificação da parceria, partes, objeto, quantidade, preço, prazo, obrigações, condições de entrega, medição, pagamento e responsabilidades. Serviços continuados, locações e objetos que envolvam

dados pessoais terão contrato escrito e cláusulas compatíveis com continuidade, segurança, sigilo e fiscalização. Autorizações específicas exigidas pela SEMUS serão juntadas antes da execução correspondente.

Cada contrato terá responsável pelo acompanhamento, controle de saldo, vigência, reajuste, garantia e documentação de regularidade. O cadastro registrará contratado, CNPJ, objeto, unidade beneficiada, forma de medição e valor mensal, permitindo compor o relatório trimestral. A necessidade de renovação será verificada com antecedência institucional de 60 dias do vencimento, quando a duração contratual permitir, para evitar descontinuidade e renovações automáticas sem avaliação.

Compras emergenciais terão justificativa circunstanciada do risco, delimitação do objeto e quantidade ao necessário, pesquisa de preço possível e autorização da alçada competente. A formalização documental ocorrerá de modo concomitante ou tão logo superado o impedimento concreto, com registro de datas e responsáveis. A contratação emergencial não dispensará comprovação de entrega, preço razoável e vinculação ao objeto; recorrência motivará revisão do planejamento.

O recebimento confrontará documento fiscal, pedido ou contrato e entrega efetiva. Bens e materiais terão conferência quantitativa e técnica; serviços serão atestados conforme medição e evidências de execução. Divergências, avarias, entregas parciais e serviços não realizados gerarão registro e tratamento antes da liberação do valor correspondente. O cadastro patrimonial receberá as aquisições de bens permanentes, com as comunicações e autorizações municipais cabíveis.

1.11.7. Contas a Pagar e Autorização de Desembolsos

O financeiro cadastrará cada obrigação com credor, documento de origem, unidade, competência, centro de custo, Grupo A a D, valor bruto, retenções, valor líquido, vencimento e fonte de recursos. A checagem por CNPJ, número, série, valor e competência buscará impedir duplicidade de título, nota ou pagamento.

Alteração de dados bancários será confirmada por canal previamente conhecido e conferida por profissional distinto de quem efetuou a mudança.

A liberação dependerá de documento fiscal válido, vínculo com requisição e contratação aprovadas, atesto, medição quando aplicável, conferência tributária e autorização conforme alçada. A contabilidade verificará retenções e recolhimentos legalmente incidentes segundo o serviço e a situação fiscal do prestador, preservando documentos que sustentem eventual isenção ou imunidade. Não serão utilizadas alíquotas genéricas para objetos com tratamentos diferentes.

O pagamento será realizado por transferência eletrônica para conta de titularidade do beneficiário final, com comprovante anexado ao título. Pagamento em espécie somente poderá ocorrer na excepcionalidade admitida pelo instrumento, mediante demonstração da impossibilidade física de transferência, autorização e comprovação integral. Não será adotado caixa informal para despesas ordinárias.

O financeiro manterá agenda diária de vencimentos e projeção de caixa, atualizada semanalmente para horizonte móvel de 90 dias. Insuficiência prevista será comunicada à direção com valores, causas e providências, preservando obrigações legais e serviços essenciais. Pagamento fora da programação dependerá de justificativa e aprovação.

Após o desembolso, o título terá baixa pelo valor efetivamente pago e vínculo com extrato e comprovante. Pagamento parcial, estorno, devolução e compensação serão individualizados. O atesto não substituirá a prova do pagamento, e o comprovante bancário não substituirá a prova de execução do objeto.

1.11.8. Recebimentos e Controle dos Repasses

Os recebíveis serão controlados por competência, previsão de repasse, valor pactuado, parcela fixa, parcela variável, deduções, ajustes homologados, crédito efetivo e eventual saldo pendente. A projeção observará a composição de 90% de parcela fixa e 10% de parcela variável, respeitada a dedução relativa a

postos supridos pelo Município antes dessa divisão, quando incidente, e o rito de apuração do desempenho.

A equipe confrontará cada crédito com o demonstrativo municipal e o extrato. Diferenças terão memória e solicitação formal de esclarecimento, sem presumir o recebimento integral da parcela variável antes da apuração competente. O acompanhamento da exigibilidade do último relatório mensal, da regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária e das prestações de contas será integrado ao calendário de repasses.

Rendimentos, devoluções de fornecedores, restituições e outras entradas admitidas serão identificados por origem e destino. O atendimento aos usuários permanecerá gratuito, sem instituição de cobrança como fonte de receita da parceria. Recursos próprios eventualmente aportados serão identificados e não gerarão direito automático de reembolso ou acréscimo ao valor pactuado.

1.11.9. Conta bancária específica e aplicações financeiras

Os recursos ordinários serão recebidos e movimentados na conta corrente específica da parceria, isenta de tarifas, aberta em instituição financeira pública, sem mistura com outras parcerias ou despesas próprias. A escrituração e os controles analíticos identificarão os valores de cada UPA, ainda que a conta da parceria seja única. Contas adicionais somente serão utilizadas nas finalidades e condições previstas no instrumento.

Enquanto não utilizados, os recursos serão aplicados nas modalidades e prazos previstos no Termo de Referência: poupança para previsão de uso igual ou superior a um mês; para prazo inferior, fundo de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública. Rendimentos serão identificados e aplicados no objeto, com a mesma rastreabilidade dos recursos transferidos. Transferência para aplicação e resgate não serão registrados como nova despesa ou nova receita de repasse.

Será mantido fundo de provisão trabalhista em conta específica, para as finalidades previstas no edital, com controle por obrigação e competência e envio

trimestral do extrato à SEMUS. A constituição financeira do fundo não substituirá o reconhecimento contábil das obrigações. Transferir recursos entre contas não constitui novo custo; pagar férias, décimo terceiro ou rescisão já provisionados exigirá baixa e conciliação, evitando duplicar a despesa.

Se houver repasse de assistência financeira complementar ao piso da enfermagem, será utilizada conta específica e distinta e escrituração individualizada, sem incorporá-lo ao valor global ordinário da parceria. O setor de pessoal fornecerá o demonstrativo analítico por unidade e profissional até o quinto dia útil de cada mês, relativo à competência anterior. Pagamento em rubrica própria e comprovação seguirão o fluxo específico do edital e a regulamentação federal aplicável, sem financiar despesa diversa com esse recurso vinculado.

1.11.10. Conciliação Bancária e Controle de Acesso

A movimentação será conferida a cada dia útil com operação bancária. Mensalmente, profissional distinto do executor dos pagamentos realizará ou revisará a conciliação formal de todas as contas e aplicações vinculadas, confrontando extratos completos, razão contábil, contas a pagar e a receber, rendimentos, retenções e transferências entre contas.

A conciliação demonstrará saldo inicial, créditos, débitos, rendimentos e saldo final, com relação das diferenças entre banco e contabilidade. Cada pendência terá origem, valor, responsável e prazo de solução; lançamento não identificado será investigado imediatamente. É vedado encerrar a conciliação por ajuste sem documento ou ocultar obrigação vencida. O relatório será datado, assinado pelo elaborador e revisado pela coordenação e contabilidade.

As credenciais bancárias serão individuais, com autenticação disponível, perfis e autorizações conforme alçada. Sempre que o serviço bancário permitir, preparação e autorização de transferência serão executadas por pessoas diferentes. Mudanças de responsáveis terão revogação imediata dos acessos anteriores e atualização formal dos poderes. Extratos e comprovantes serão preservados em repositório institucional com acesso restrito.

1.11.11. Estrutura de Custos por Unidade e por Natureza de Despesa

A apuração adotará custeio por absorção, com apropriação direta sempre que identificável e distribuição dos custos compartilhados por critérios causais documentados. Os registros contábeis observarão o regime de competência; a execução financeira e o fluxo de caixa demonstrarão os pagamentos e recebimentos efetivos. Os relatórios apresentarão a conciliação entre essas bases, distinguindo custo incorrido, aquisição, estoque, obrigação, provisão e desembolso.

Cada registro terá duas classificações complementares: o centro de custo, que identifica onde e para qual atividade o recurso foi utilizado, e o grupo de despesa, que identifica sua natureza conforme a estrutura obrigatória do edital. Os Grupos A a D não substituirão os centros de custo. Haverá consolidação separada da UPA Norte e da UPA Sul e consolidação geral da parceria, sem apagar a composição de cada unidade.

Grupo de despesa	Conteúdo e enquadramento	Controle de consistência
A Recursos humanos	Remuneração, benefícios, encargos, provisões e demais despesas de pessoal, inclusive profissionais contratados sob outros regimes para os postos da unidade	Conciliação com folha, contratos, escalas e provisões; observância do limite de pessoal
B Material de consumo	Medicamentos, materiais assistenciais, gases, EPI, enxoval, limpeza, expediente, manutenção e combustíveis	Conciliação entre entrada, consumo, saldo, devoluções e perdas por unidade
C Serviços de terceiros	Manutenção, locações, diagnóstico, TI, segurança, energia, comunicação, resíduos, lavanderia, alimentação, esterilização e componentes do transporte previstos no edital	Medição, contrato e atesto; classificação conforme a natureza e o regime de execução
D Outras despesas	Custos indiretos compartilhados e outras despesas necessárias, especificadas, justificadas e admitidas	Comprovação efetiva, memória de rateio e limite de 3% para os indiretos compartilhados

A classificação seguirá o conteúdo do Termo de Referência, inclusive quando a planilha-modelo apresentar rótulo incompatível. Não serão previstos custos de água e esgotamento sanitário, tarifas da conta isenta ou ambulância de suporte avançado como obrigação da parceria. O transporte básico terá seus componentes discriminados: tripulação no Grupo A, combustível e insumos no Grupo B e locação ou aquisição do veículo e serviços pertinentes no Grupo C, conforme a composição contratual, sem repetir componentes já incluídos no preço de terceiro.

O Grupo A será acompanhado por UPA em relação ao limite de 70% das despesas de custeio da respectiva unidade, abrangendo os componentes e regimes definidos no edital. Profissional contratado diretamente para ocupar posto do dimensionamento não será deslocado para outro grupo para reduzir artificialmente o índice.

1.11.12. Cadastro dos Centros de Custo

O plano de centros contemplará, em cada UPA, recepção e acolhimento, atendimento médico e procedimentos, estabilização, observação, apoio diagnóstico e terapêutico, farmácia e almoxarifado, transporte sanitário, hotelaria e infraestrutura e administração local. A matriz ou núcleo gerencial compartilhado terá identificação própria para os custos efetivamente atribuíveis à parceria. Desdobramentos serão aprovados quando houver utilidade gerencial e base confiável, sem comprometer a consolidação por unidade.

Cada centro terá código, descrição, responsável, unidade, serviços abrangidos, fontes de dados e direcionadores de rateio. Centro sem produção mensurável permanecerá identificado como apoio, sem criar atendimento fictício. Cadastros e mudanças terão controle de versão, data de vigência e validação pela contabilidade e pelo responsável por custos.

1.11.13. Apropriação dos Custos Diretos

Pessoal exclusivo será apropriado à UPA e ao setor de lotação; atuação compartilhada exigirá escala ou tempo efetivo. Serviços por exame, refeição, peça ou viagem seguirão a medição. Bens e manutenção terão vínculo patrimonial e local de uso; contas individualizadas serão lançadas diretamente à respectiva UPA.

Materiais e medicamentos serão apurados pelos movimentos do G-Hosp e documentos de origem, com custo médio ponderado móvel como método gerencial proposto, conciliado com a configuração validada e a contabilidade. Serão distinguidos compra, consumo, devolução, transferência, perda e saldo. Transferências não gerarão consumo nas duas pontas; estoques de setor serão conciliados com uso e saldo.

Bens permanentes terão registro patrimonial individualizado. Depreciação contábil ou gerencial não constituirá, por si, despesa adicional elegível nem será somada à aquisição como nova cobrança. Doações, saldos de transição e insumos municipais terão origem segregada, sem registro como compra do IBSAÚDE.

1.11.14. Rateio dos Custos Compartilhados e Indiretos

O rateio será utilizado quando a apropriação direta não for possível. Serão identificados todos os beneficiários e suas bases de participação. A divisão entre UPAs dependerá de medição, sem proporção automática de partes iguais.

Custo compartilhado	Direcionador preferencial	Documento que sustenta o rateio
Equipe com atuação em mais de um setor ou unidade	Horas efetivamente dedicadas a cada destino	Escalas, apontamentos e validação da liderança
Limpeza e conservação	Área atendida ponderada pela frequência e exigência de higienização	Planta ou medição de área e programação do serviço
Lavanderia alimentação e resíduos	Quilos processados, refeições fornecidas e massa ou medição contratual do resíduo, respectivamente	Relatórios de pesagem, distribuição e medição

TI e comunicação compartilhadas	Licenças, usuários, equipamentos ou capacidade contratada efetivamente utilizados	Cadastro ativo e condições do contrato
Manutenção e transporte	Equipamento e ordem de serviço; veículo, quilometragem ou horas de utilização compatíveis com o gasto	Cadastro patrimonial, ordens, viagens e abastecimentos
Estrutura central de apoio	Horas, processos ou outra medida verificável do serviço prestado a cada contrato	Apontamentos, volume de trabalho e demonstrativo global da despesa

Documentos individualizados prevalecerão sobre estimativas. Percentuais dependerão de bases medidas e revisadas. Base inexistente ou zero manterá o custo em análise na origem, até definição técnica documentada. Mudança de método exigirá justificativa, aprovação e demonstração dos efeitos.

Na análise dos serviços finais, custos de apoio serão distribuídos em sequência previamente definida, conforme o serviço prestado, sem ciclos. Permanecerão visíveis os custos diretos, os rateios e o total final, sem somar novamente no consolidado os valores já distribuídos.

Os custos indiretos da matriz ou núcleo gerencial respeitarão o teto de 3% do valor total mensal da parceria, com despesa real e composição analítica. O percentual é limite, não taxa: valor não comprovado não será apropriado. O rateio precederá o teste do teto; excedente não será transferido a outro grupo. Assessoria exclusiva e custo central serão classificados pela substância, sem duplicidade ou reclassificação artificial.

1.11.15. Fechamento Mensal dos Custos e Acompanhamento Orçamentário

Até o quinto dia útil do mês seguinte, farmácia e almoxarifado, pessoal, contratos, patrimônio, frota e áreas assistenciais enviarão as bases da competência encerrada. O responsável por custos conferirá documentos, competência, unidade, grupo, centro de custo, quantidade, valor e eventuais estornos. A contabilidade conciliará folha, provisões, tributos, fornecedores, bancos, aplicações, estoques e bens.

Após as conciliações serão calculados os rateios e emitidos demonstrativos por centro e por Grupo A a D, separados por UPA, com valores previstos e realizados, variações absolutas e percentuais e explicação das diferenças relevantes. A coordenação analisará rupturas, perdas, horas extraordinárias, contratos, consumo, ociosidade, passivos e riscos de caixa e definirá providências com responsável e prazo.

Serão acompanhados, conforme disponibilidade de base confiável, custo por atendimento, por exame, por usuário em observação e por remoção, além de custo de pessoal, materiais, serviços e indiretos por unidade. Cada indicador terá numerador e denominador coerentes com a mesma competência e abrangência; não se somarão atendimentos e procedimentos como se fossem usuários únicos. O custo médio é informação gerencial e não altera a forma de remuneração pactuada.

O fechamento será aprovado pela coordenação e pela contabilidade. Ajustes posteriores manterão trilha, justificativa, documento e reflexo no relatório afetado. Necessidade de retificação será comunicada e protocolizada conforme o caso; não haverá substituição silenciosa de versão já encaminhada.

1.11.16. Organização da Documentação Contábil e Fiscal

Cada processo receberá identificador único e será organizado por parceria, UPA, exercício, competência, grupo de despesa e lançamento. O índice permitirá percorrer requisição, pesquisa, aprovação, contrato, documento fiscal, recebimento ou medição, retenção, pagamento, extrato e lançamento contábil. Documentos comuns às duas unidades terão indicação das parcelas e memória de rateio, sem duplicação do valor comprovado.

As notas fiscais e os comprovantes de pagamento conterão a identificação do número do Termo de Colaboração no corpo do documento. A contratação orientará o fornecedor a incluir a informação na emissão. Documento eletrônico manterá seu arquivo original, chave e validação; eventual identificação complementar será realizada por meio admitido para o documento, preservando a

autenticidade e sem alterar indevidamente o arquivo fiscal. Inconformidade será regularizada com o emissor pelo procedimento cabível.

O arquivo reunirá documentos fiscais eletrônicos e respectivos XML quando existentes, contratos e aditivos, cotações, folhas, guias, comprovantes, extratos integrais, conciliações, inventários, demonstrativos, relatórios e protocolos. Recibo simples não substituirá documento fiscal obrigatório. Os livros e demonstrativos contábeis serão mantidos pelo profissional responsável, observadas as formalidades e obrigações acessórias aplicáveis à entidade e à operação.

Os documentos originais que compõem a prestação de contas serão preservados por dez anos, contados do dia útil subsequente ao da prestação de contas, nos termos da Lei nº 13.019/2014, sem prejuízo de prazo superior trabalhista, tributário, contratual, arquivístico ou decorrente de processo de controle ou judicial. Digitalização para consulta não autorizará destruição automática dos originais. Eliminação dependerá de análise de temporalidade, ausência de impedimentos e procedimento formal autorizado.

O repositório institucional terá perfis de acesso, cópias de segurança, registro de alterações e testes de recuperação. Documentos físicos ficarão em local protegido, com controle de retirada. Folhas e demais dados pessoais terão acesso restrito; versões destinadas à divulgação pública receberão o tratamento necessário de proteção de dados, preservada a documentação integral para a SEMUS e os órgãos de controle no exercício de suas atribuições.

1.11.17. Preparação dos Relatórios Mensais e Trimestrais

A prestação de informações será organizada desde a execução, e não apenas no vencimento. O setor de prestação de contas manterá checklist do Anexo VIII do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 por unidade, calendário, responsáveis e controle das pendências. As áreas assistenciais validarão produção, origem dos usuários, metas e indicadores; financeiro e contabilidade validarão execução dos recursos; a coordenação conferirá a coerência entre serviços, pessoal, aquisições e resultados.

O relatório mensal de execução e monitoramento conterá o comparativo de metas e resultados, com os componentes dos índices de desempenho; demonstrativo da produção assistencial e da origem dos usuários, abrangendo atendimentos médicos, acolhimento com classificação de risco, reavaliações, apoio diagnóstico, observação e transferências; pesquisa de satisfação com metodologia e amostra; despesas por UPA e Grupo A a D; folha sintética; fluxo de caixa da conta específica; e custos indiretos com memória de rateio.

O relatório trimestral reunirá os três relatórios mensais e apresentará a execução do objeto, as tabelas de memória de cálculo dos indicadores, metas, resultados, percentuais, notas e pontuação apurada, bem como produção e origem dos usuários e pesquisa de satisfação com a amostragem contratual. A apuração interna será identificada como demonstrativo da entidade, sujeito ao rito de avaliação e homologação municipal.

A consolidação trimestral incluirá a execução financeira e o nexo entre receita e despesa; folhas sintética e analítica de empregados e dirigentes, com função, admissão e composição dos pagamentos; relação de servidores públicos cedidos ou disponibilizados; memória da dedução dos postos municipais; certidões exigidas e relação das demandas judiciais da execução, decisões desfavoráveis e condenações; fluxo de caixa, aplicações e rendimentos; notas fiscais, comprovantes de pagamento, extratos e esclarecimentos das movimentações.

Comporão ainda o conjunto trimestral a memória dos custos indiretos e o teste do limite de 3%; a relação dos contratos, com contratado, objeto, medição e valor mensal; aquisições e movimentações de bens permanentes e alterações do inventário municipal; ações de educação permanente; débitos e créditos vencidos e passivos; atividades da ouvidoria e providências; e balancete analítico do trimestre. O extrato do fundo de provisão trabalhista será encaminhado trimestralmente à SEMUS, integrado ao dossiê de acompanhamento.

1.11.18. Calendário Interno de Fechamento e Entrega

Os prazos abaixo para elaboração e revisão são compromissos internos propostos. As etapas serão antecipadas quando a sequência de dias úteis ou o calendário comprometer o prazo externo. O prazo contratual até o dia 20 não será convertido em vigésimo dia útil.

Etapa ou entrega	Prazo interno de organização	Prazo externo
Bases mensais e conciliação	Bases até o quinto dia útil; conciliação até o dia 8 e apuração de custos até o dia 10, com antecipação quando necessária	Integram o relatório mensal
Relatório mensal	Minuta até o dia 12, revisão e aprovação até o dia 15 e protocolo programado até o dia 18	Até o dia 20 do mês subsequente à competência
Relatório trimestral consolidado	Consolidação até o dia 12, aprovação até o dia 15 e protocolo programado até o dia 18 do mês seguinte ao trimestre	Até o dia 20 do mês subsequente ao encerramento do trimestre
Prestação de contas parcial	Dossiê até o 60º dia, revisão até o 75º e protocolo programado até o 85º dia após o exercício	Até 90 dias do encerramento de cada exercício
Prestação de contas final	Dossiê até o 60º dia, revisão até o 75º e protocolo programado até o 85º dia após o término	Até 90 dias do término; prorrogação de até 15 dias somente mediante justificativa e solicitação prévia

1.11.19. Prestações de Contas Parcial e Final

O responsável pelo calendário conferirá as entregas semanalmente e diariamente na fase de fechamento. Pendência será escalonada à coordenação antes de comprometer a entrega. A eventual prorrogação da prestação final não será presumida nem utilizada como prazo ordinário; dependerá da formalização e decisão cabíveis.

Os relatórios mensal e trimestral são instrumentos de monitoramento e não substituem a prestação de contas parcial ou final. Sua apreciação não equivale à aprovação das contas. O IBSAÚDE preparará os dossiês próprios, com

identificação separada de cada UPA e conciliação dos valores com os relatórios trimestrais do período.

A prestação parcial, ao final de cada exercício, e a final, ao término da parceria, conterão relatório de execução do objeto e relatório de execução financeira, ambos assinados pelo representante legal. O primeiro demonstrará alcance das metas, ações desenvolvidas e evidências do cumprimento do objeto e da contrapartida quando existente. O segundo relacionará receitas, despesas e rendimentos, extratos da conta, memórias de rateio e bens adquiridos, produzidos ou transformados.

Os dossiês apresentarão também informações sobre impactos econômicos ou sociais, satisfação dos usuários e possibilidade de sustentabilidade das ações, além dos relatórios trimestrais consolidados do período. Na prestação final serão incluídos o comprovante de devolução de saldo remanescente, quando houver, e o inventário atualizado dos bens remanescentes e cedidos, com a destinação formal cabível.

Ao término, a equipe levantará saldos bancários e aplicações, obrigações, provisões, estoques, bens e documentos de transição. A devolução dos saldos financeiros remanescentes, inclusive rendimentos, observará o prazo legal improrrogável de 30 dias da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção da parceria. Não se aguardará o prazo de 90 dias da prestação final para providenciá-la. Obrigações pendentes terão identificação e tratamento conforme o instrumento e a orientação formal da Administração, sem retenção unilateral de recursos.

Solicitação extraordinária de prestação de contas será registrada na data do recebimento e distribuída imediatamente às áreas, com cronograma específico compatível com o prazo concedido. O calendário ordinário não impedirá atendimento à fiscalização a qualquer tempo.

1.11.20. Revisão Protocolo e Acompanhamento das Análises

Antes da assinatura, o checklist verificará integridade dos documentos, identificação da parceria e de cada UPA, somas e saldos, compatibilidade entre

versões, comprovação das despesas, limites contratuais, passivos, inventários e correlação entre execução e resultados. A conferência terá responsável identificado; pendências e sua solução serão registradas.

Os relatórios e as prestações de contas serão protocolizados na Superintendência de Atenção Especializada da Secretaria Municipal da Saúde, em formato digital e PDF pesquisável. Poderá haver bloco único quando mantida a segregação analítica de valores e quantitativos por unidade. Serão preservados recibo de protocolo, versão assinada, anexos e índice do conteúdo encaminhado.

O setor de prestação de contas acompanhará notificações, solicitações de saneamento e decisões em controle próprio, com data de ciência, prazo, responsável, resposta e comprovação de atendimento. A direção será comunicada de apontamentos que afetem repasses, glosas ou continuidade dos serviços. Caberá ao IBSAÚDE apresentar informações e responder às diligências; a análise, a homologação e a decisão permanecerão com as autoridades competentes.

As informações de divulgação obrigatória serão encaminhadas ao responsável pela transparência após validação, observados os prazos da parceria e a proteção dos dados pessoais. A publicação não substituirá o protocolo formal. Falhas recorrentes gerarão plano de correção, treinamento e revisão da rotina, com verificação da efetividade das providências.

2.4. INCREMENTO DE ATIVIDADES

O incremento de atividades busca ampliar a resolutividade das UPAs Norte e Sul por meio de iniciativas assistenciais adicionais às exigências do Termo de Referência, com objetivos definidos e resultados mensuráveis. Nesse contexto, o IBSAÚDE apresenta, a seguir, o Projeto Cuidado Após a Alta, voltado ao acompanhamento ativo de usuários para identificar e solucionar dificuldades na continuidade do tratamento e reconhecer situações que necessitem de nova avaliação. A proposta contempla indicadores próprios, cronograma de implantação e recursos para sua execução, sem acréscimo ao valor da parceria, redução das

metas pactuadas ou remanejamento de recursos vinculados às atividades obrigatórias.

V.1.12. PROPOSTA DE PROJETO ASSISTENCIAL PARA AMPLIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE

Projeto Cuidado Após a Alta - UPAs Norte e Sul -IBSAÚDE

1.12.1. Apresentação e Caráter Adicional

O IBSAÚDE propõe implantar o Projeto Cuidado Após a Alta nas UPAs Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar, com acompanhamento ativo de usuários adultos após a conclusão do atendimento de urgência. A intervenção buscará identificar e solucionar dificuldades na compreensão e execução do tratamento, reconhecer precocemente situações que exigem nova avaliação e favorecer a continuidade do cuidado na rede.

O diferencial será a oferta estruturada de seguimento após a saída da unidade, com contato inicial em até 72 horas, intervenção individualizada sobre problemas identificados e verificação do desfecho até o sétimo dia. A proposta não se limitará às orientações de alta, ao atendimento farmacêutico durante a permanência na UPA ou ao encaminhamento habitual, que já integram as responsabilidades assistenciais ordinárias.

O serviço adicional terá equipe, carga horária, instrumentos, agenda e indicadores próprios. Será executado sem aumento do valor da parceria e sem utilização dos recursos vinculados às atividades obrigatórias, mediante aporte institucional do IBSAÚDE para o pessoal e os meios adicionais descritos nesta proposta. As atividades obrigatórias permanecerão integrais, inclusive quando o usuário não participar do projeto.

1.12.2. Objetivo e Ganho de Resolutividade Pretendido

O objetivo geral será ampliar a efetividade do tratamento iniciado na UPA, reduzindo problemas de continuidade do cuidado que possam ser resolvidos por orientação profissional, revisão de informações e articulação com a rede. O resultado esperado será maior compreensão e execução segura do plano de cuidado, com redução de retornos precoces associados a dificuldades evitáveis e identificação oportuna de agravamentos.

Os objetivos específicos serão conferir a compreensão do usuário sobre o tratamento; identificar divergências entre orientações, prescrição e uso relatado de medicamentos; intervir sobre dificuldades de acesso e execução dos cuidados; e verificar o resultado da providência adotada. A resolução de um problema exigirá confirmação documentada de seu encerramento, e não apenas a realização de uma ligação ou a emissão de um encaminhamento.

O projeto não terá como objetivo impedir retornos necessários, reduzir transferências clinicamente indicadas ou prolongar a observação para evitar internação. A segurança prevalecerá sobre qualquer meta. Encaminhamentos adequados por agravamento serão registrados como resposta assistencial pertinente e analisados separadamente dos retornos potencialmente evitáveis.

1.12.3. População Alvo e Critérios de Inclusão

Serão elegíveis usuários com 18 anos ou mais, atendidos e liberados por alta médica, com condição compatível com seguimento não urgente e pelo menos um fator de risco para dificuldade na continuidade: uso de cinco ou mais medicamentos contínuos; alteração relevante do esquema terapêutico; condição crônica com necessidade de reforço do plano de cuidado; dificuldade de compreensão ou de acesso ao tratamento; ou retorno recente por dificuldade semelhante. A idade de 60 anos ou mais será critério de priorização quando associada a esses fatores, sem exclusão dos demais adultos elegíveis.

Esses critérios são parâmetros operacionais da proposta e não representam requisitos legais universais. A inclusão dependerá da confirmação da alta, da

concordância do usuário e da possibilidade de contato acessível com ele ou com pessoa por ele autorizada. Recusa ou desistência não afetará o acesso ao SUS nem a assistência prestada.

Usuários com indicação de internação, observação, transferência ou avaliação urgente permanecerão nos respectivos fluxos assistenciais. O projeto não substituirá esses cuidados. Não haverá inclusão para justificar alta antecipada. A equipe registrará os elegíveis não incluídos por recusa, dificuldade de contato, limite de capacidade ou outra razão, permitindo avaliar cobertura e barreiras de acesso.

1.12.4. Capacidade Inicial e Organização do Acesso

A capacidade inicial será de até 60 novas inclusões por UPA ao mês, totalizando até 120 participantes mensais, com pelo menos dois momentos previstos de contato e intervenções adicionais conforme necessidade. A referência de 60 inclusões é um limite inicial de organização da equipe proposta, e não estimativa comprovada de demanda nem substituto das metas obrigatórias. Se houver menos usuários elegíveis, a produção corresponderá à demanda real, sem inclusão artificial para atingir quantidade.

Os elegíveis serão identificados diariamente na relação de altas, mediante acesso autorizado aos registros. A equipe adicional fará a confirmação dos critérios e o convite. Quando o convite não ocorrer antes da saída, o primeiro contato começará pela identificação, explicação da finalidade e obtenção do consentimento, antes de qualquer atendimento remoto. A apresentação do projeto não retardará a alta ou ocupará os profissionais necessários ao fluxo de urgência.

Havendo demanda superior à capacidade, terão prioridade os casos com múltiplos fatores de risco, dificuldades relevantes de compreensão ou uso de medicamentos e maior vulnerabilidade, com critério e motivo registrados. Não se utilizarão influência pessoal ou capacidade de pagamento. A ampliação futura dependerá de aporte adicional próprio, manutenção da qualidade e informação à SEMUS, sem retirar recursos das atividades obrigatórias.

A programação dos profissionais adicionais assegurará contatos nos fins de semana e feriados quando necessários ao cumprimento da janela de 72 horas e do acompanhamento até o sétimo dia, respeitadas jornadas e descansos legais. O projeto será um serviço de contato ativo em horários informados ao usuário, sem se apresentar como central de urgência ou canal com vigilância contínua de mensagens.

1.12.5. Etapas Assistenciais e Responsabilidades

O enfermeiro do projeto organizará o seguimento e manterá os registros de cada episódio. O apoio farmacêutico e médico adicional será acionado conforme os problemas encontrados, respeitadas as competências profissionais. As condutas serão documentadas no prontuário ou em registro assistencial institucional vinculado ao episódio, com autoria, data e horário.

Etapa	Atividades e responsável	Prazo e produto esperado
Identificação e convite	Enfermeiro adicional confirma alta, elegibilidade, acessibilidade e interesse; verifica identidade e autorização do contato	Após a alta e antes do atendimento remoto; inclusão documentada e consentimento
Primeiro contato ativo	Enfermeiro verifica evolução relatada, compreensão das orientações, uso de medicamentos, dificuldades e necessidade de avaliação presencial	Preferencialmente em 24 a 48 horas, com limite de 72 horas após a alta; plano individual de providências
Intervenção sobre o problema	Enfermeiro orienta dentro de sua competência; farmacêutico revisa questões medicamentosas; médico avalia dúvidas clínicas que lhe caibam e necessidade de atendimento presencial	Ação no mesmo contato quando possível; análise não urgente pela referência adicional em até 24 horas da identificação
Verificação do resultado	Enfermeiro confirma se a providência foi executada e se a dificuldade foi resolvida; registra persistência, encaminhamento e evolução	Até o sétimo dia após a alta; desfecho classificado e evidência da resolução ou pendência
Encerramento e análise	Equipe encerra episódio, orienta continuidade na rede e consolida dados; casos com pendência recebem	Encerramento da janela de sete dias, sem abandono de pendência clínica; relatório mensal por UPA

	plano e responsável de encaminhamento	

No contato inicial serão utilizados identificadores definidos no protocolo institucional e será confirmada a possibilidade de conversar com privacidade. A equipe perguntará como o usuário compreendeu o plano de cuidado, solicitando que o explique com suas próprias palavras. Serão abordados medicamentos, horários, duração, cuidados orientados, sinais de alerta e próximos passos, conforme o caso e a documentação de alta.

1.12.6. Tratamento dos Problemas e Proteção da Segurança

Cada dificuldade identificada terá categoria, descrição, providência, responsável e resultado. Exemplos de problemas acompanhados serão dúvida sobre horário ou duração de medicamento; divergência entre o uso relatado e a prescrição de alta; dificuldade para compreender um cuidado indicado; ou barreira para acessar o serviço ou tratamento orientado. A comunicação com a rede ocorrerá pelos canais pactuados, com compartilhamento apenas das informações necessárias.

Questões medicamentosas serão encaminhadas ao farmacêutico adicional para comparação entre uso relatado, informações prévias disponíveis e prescrição de alta. Divergência que exija decisão terapêutica será discutida com o prescritor ou com o médico responsável, sem suspensão, troca de dose ou substituição por iniciativa de profissional sem competência para a decisão. O projeto não instituirá dispensação domiciliar adicional nem prometerá medicamento fora dos fluxos do SUS.

Sintoma novo, piora ou dúvida sobre a adequação da alta exigirá avaliação da necessidade de atendimento presencial, sem tentar resolver urgências por telefone. Identificados sinais de alerta, o contato de seguimento será interrompido como atendimento remoto e o usuário será orientado a procurar imediatamente o serviço de emergência adequado ou acionar o SAMU 192, conforme a situação e

sua localização. A equipe registrará horário, orientação e providências, sem aguardar a disponibilidade do apoio programado do projeto.

O médico adicional atuará na revisão clínica dos casos e no apoio à equipe dentro das competências da clínica médica já contemplada na assistência das unidades. A proposta não cria atendimento de nova especialidade. Se houver necessidade de consulta médica ao usuário, será indicado atendimento presencial no fluxo adequado; eventual modalidade remota somente poderá ser adotada com os requisitos normativos próprios e implantação específica, não presumida por esta proposta.

Uma barreira de acesso somente será considerada resolvida quando houver confirmação da providência efetiva, como obtenção do tratamento pelo fluxo regular ou acesso ao ponto de atenção indicado. Solicitar vaga não equivale a garantir atendimento: o projeto não assumirá poder regulatório nem prometerá agenda de outro serviço. A indisponibilidade externa será registrada e encaminhada à gestão pelos canais pactuados.

1.12.7. Acessibilidade Consentimento e Registros

O contato poderá utilizar telefonia institucional ou outro meio seguro previamente validado com a SEMUS. Não será exigido telefone com acesso à internet. Haverá possibilidade de comunicação com cuidador ou representante autorizado, em linguagem acessível, respeitando a vontade e a autonomia do usuário. Dificuldades de audição, comunicação, letramento ou acessibilidade terão adaptação e encaminhamento apropriado, sem prejuízo do atendimento presencial.

Quando o usuário não dispuser de meio seguro e acessível de contato, serão registradas a barreira e as alternativas efetivamente disponíveis na rede, preservadas as orientações e os cuidados ordinários. Não se registrará esse caso como acompanhado remotamente. As razões de não inclusão serão analisadas mensalmente para evitar que a avaliação do projeto oculte desigualdades de acesso.

O consentimento para a modalidade remota será livre, informado, registrado e passível de retirada. A base legal e os controles de tratamento dos dados serão definidos com a SEMUS, sem confundir o consentimento para telessaúde com autorização irrestrita de compartilhamento. Haverá credenciais individuais, acesso por função, registro de autoria e preservação do sigilo. Serão vedados dispositivos pessoais e aplicativos não homologados para armazenamento de dados assistenciais.

O registro conterá episódio de origem, critério de inclusão, consentimento, meio e horário dos contatos e tentativas, profissional, relato, problema, conduta, encaminhamento e resultado. O prontuário eletrônico ou registro vinculado será a fonte assistencial; a base gerencial usará identificadores protegidos.

Em contato sem resposta, serão feitas até três tentativas em horários distintos dentro da janela prevista, com registro. Ausência de resposta não será interpretada como melhora. Se houver risco conhecido que demande providência, a equipe seguirá o protocolo de segurança e articulação com a rede; não aguardará completar as tentativas ordinárias para agir.

1.12.8. Indicador Próprio de Ganho de Resolutividade

O indicador principal será a Taxa de Resolução dos Problemas de Continuidade do Cuidado. Ele medirá o resultado da intervenção nos participantes que apresentarem pelo menos um problema não urgente identificado no primeiro contato, em vez de medir apenas a quantidade de ligações realizadas.

Componente	Definição operacional	Regra de verificação
Denominador	Participantes da coorte que apresentaram ao menos um problema não urgente de continuidade identificado até 72 horas após a alta	Um participante será contado uma vez no episódio, ainda que apresente vários problemas
Numerador	Participantes do denominador com todos esses problemas resolvidos e confirmados até o sétimo dia após a	Exige registro da providência e confirmação do usuário, do serviço ou de documento assistencial pertinente

	alta	
Fórmula e meta	Numerador dividido pelo denominador, multiplicado por 100; meta proposta de pelo menos 80% a partir do quarto mês	Meta institucional adicional, sujeita a análise da segurança e da qualidade do registro
Fonte e apuração	Prontuário, ficha de acompanhamento e comprovações vinculadas; apuração mensal por UPA	Coorte definida pelo mês da alta, com janela completa de sete dias antes do fechamento

Para dúvida de compreensão, a resolução exigirá explicação correta do cuidado pelo usuário ou cuidador; para divergência medicamentosa, conduta validada e confirmação de compreensão e execução quando verificável; para barreira de acesso, comprovação do acesso ou da solução efetiva. Uma orientação isolada ou um encaminhamento pendente não encerrará o problema como resolvido.

Participante com problema identificado e sem confirmação posterior permanecerá no denominador e não integrará o numerador. Casos com agravamento ou encaminhamento para urgência não serão artificialmente classificados como resolução pelo projeto: terão descrição própria e não justificarão restrição ao retorno. Se não houver participantes com problemas na competência, o indicador será informado como não aplicável, acompanhado dos quantitativos, sem atribuição de 100% fictício.

1.12.9. Indicadores Complementares e Avaliação do Efeito

Indicador	Método de cálculo	Meta proposta ou uso
Contato inicial oportuno	Participantes com contato efetivo até 72 horas dividido por todos os incluídos na coorte, multiplicado por 100	Pelo menos 85% a partir do terceiro mês; tentativas sem resposta serão apresentadas separadamente
Verificação do desfecho	Participantes com desfecho verificado até o sétimo dia dividido por todos os incluídos, multiplicado por 100	Pelo menos 85% a partir do quarto mês; perdas de seguimento permanecerão visíveis

Retorno não programado em sete dias	Participantes com retorno não programado a qualquer uma das duas UPAs em até sete dias dividido pelo total de incluídos, multiplicado por 100	Buscar redução relativa de 20% frente à linha de base comparável até o sexto mês, sem restringir retornos necessários
Resposta aos sinais de alerta	Contatos em que houve registro de orientação imediata adequada diante de alerta dividido pelos contatos com alerta, multiplicado por 100	100%; revisão individual de qualquer falha

A linha de base dos retornos será levantada nos primeiros 30 dias, a partir de registros anteriores de altas com os mesmos critérios clínicos de elegibilidade e com sete dias completos de observação. A comparação utilizará a mesma definição de retorno e as mesmas duas unidades. Se os dados anteriores não forem suficientes, o primeiro período operacional com registros completos será adotado como referência, com essa limitação explicitada. O projeto será implantado independentemente da possibilidade de comparação retrospectiva.

O cálculo da redução relativa será a diferença entre a taxa de base e a taxa atual, dividida pela taxa de base e multiplicada por 100. Linha de base zero não permitirá calcular redução relativa. Serão apresentados números absolutos, perfil dos participantes e perdas; percentuais com menos de 30 casos serão interpretados com cautela e também consolidados trimestralmente, sem ocultar o resultado mensal.

O acompanhamento de sete dias é adicional e não modifica o indicador contratual de retorno em 48 horas, cuja definição e meta permanecerão preservadas. Contato telefônico não será lançado como retorno presencial. Não se programará retorno apenas para alterar a classificação estatística. A avaliação considerará ainda relatos de internação, óbito e atendimento em outros serviços, distinguindo informação confirmada, relato do usuário e dado não disponível. A comparação antes e depois será gerencial e não provará, isoladamente, causalidade.

1.12.10. Recursos Humanos e Materiais Adicionais

O IBSAÚDE assegurará equipe adicional ao dimensionamento obrigatório, remunerada com recursos próprios não vinculados às atividades exigidas pela parceria. A direção formalizará a alocação das cargas horárias abaixo na implantação do projeto.

Recurso humano	Quantitativo e dedicação proposta	Função e proteção da cobertura obrigatória
Enfermagem de seguimento	Dois postos de enfermeiro de 20 horas semanais cada, sendo um por UPA, com substituição e distribuição de horários que cubram as janelas de contato	Convite, acompanhamento, intervenções de enfermagem, registros e verificação do desfecho; sem retirada de enfermeiros da porta, estabilização ou observação
Apoio farmacêutico adicional	Quatro horas semanais no total para as duas UPAs, distribuídas conforme demanda e acionamento	Revisão de questões medicamentosas e discussão com prescritor; não integra a cobertura farmacêutica obrigatória
Apoio médico adicional	Quatro horas semanais no total para as duas UPAs, distribuídas conforme demanda	Discussão de casos e apoio à segurança clínica, sem redução da escala médica obrigatória
Qualidade e dados	Quatro horas semanais adicionais no total para as duas UPAs	Validação de coortes, conferência de registros e painel de resultados; sem substituir a equipe obrigatória de informação e faturamento

Os enfermeiros terão inscrição profissional ativa e capacitação no protocolo. A organização de substituições e apoio preservará os prazos, inclusive em férias e ausências. O apoio clínico programado não será utilizado como plantão de urgência: necessidade aguda seguirá imediatamente a rede assistencial. Se o volume de problemas superar a capacidade prevista, o IBSAÚDE ampliará o suporte com aporte próprio ou ajustará novas inclusões de forma transparente, mantendo o cuidado dos participantes já incluídos e a capacidade inicial pactuada conforme a demanda elegível.

Como referência de capacidade, 60 participantes mensais por UPA e dois contatos com registro de até 20 minutos cada corresponderão a aproximadamente

40 horas mensais de trabalho de enfermagem, além do tempo para tentativas, intervenções e articulação. As 20 horas semanais por UPA permitirão organizar essas atividades, com revisão da carga real no piloto. O tempo é estimativa de planejamento, não limite para encerrar atendimento necessário.

Serão disponibilizados, com custeio próprio, dois computadores e dois terminais de telefonia ou telefonia virtual institucional com fones, acesso seguro aos registros, licenças ou recursos complementares de registro quando necessários, conectividade adicional que o projeto exigir e materiais acessíveis de orientação. A implantação utilizará espaço administrativo apropriado e com privacidade, sem ocupar leitos ou salas necessários à assistência e sem obras de ampliação ou aquisição de equipamentos para aumentar a capacidade médico-hospitalar.

O acesso à infraestrutura pública e aos dados assistenciais dependerá da autorização e da governança da SEMUS, sem cobrança adicional. Equipamentos próprios terão identificação patrimonial e termos de acesso e uso pertinentes. Não será pressuposta cessão de pessoal, financiamento por fornecedor ou disponibilidade de novas vagas da rede para viabilizar o projeto.

1.12.11. Custeio Próprio e Controle da Execução

A direção formalizará a reserva de recursos próprios para remuneração, encargos, substituições, materiais, telefonia, suporte e demais despesas incrementais. A memória identificará quantidade, carga horária, custo unitário e custo mensal e anual, conforme os valores efetivos da contratação, em centro de custo institucional exclusivo e fonte de recursos distinta da parceria. Não serão atribuídos valores de mercado sem orçamento ou contratação que os sustentem.

As despesas do projeto não serão incluídas nas rubricas do repasse nem na base de rateio dos custos indiretos da parceria. Não se utilizarão rendimentos vinculados, fundos trabalhistas, recursos do piso da enfermagem, materiais reservados ao atendimento obrigatório ou economias de rubricas obrigatórias como

fonte de custeio da iniciativa. O controle identificará a origem de cada recurso e impedirá dupla remuneração das mesmas horas de trabalho.

A coordenação apresentará mensalmente demonstrativo do aporte próprio, horas adicionais executadas, participantes, resultados, pendências e eventual efeito sobre os fluxos ordinários. A SEMUS poderá verificar o caráter adicional e a preservação das escalas, metas, estoques e serviços obrigatórios. A falta de apoio financeiro externo não será fundamento para solicitar aumento do valor da parceria em razão deste projeto.

1.12.12. Cronograma de Implantação e Acompanhamento

Para este cronograma, D0 corresponderá ao início da execução da parceria, formalizado no instrumento aplicável. Os dias indicados serão corridos. A direção do IBSAÚDE coordenará a implantação com as referências técnicas das unidades e a SEMUS, respeitadas as competências municipais sobre rede e dados.

Período	Entregas e atividades	Responsável e comprovação
D0 a D15	Designação dos responsáveis; reserva de recursos próprios; protocolo, critérios de inclusão, indicadores, consentimento e roteiro de segurança; alinhamento com a SEMUS	Direção e referências técnicas; ato de designação, plano de aporte e protocolo submetido à validação
D16 a D30	Disponibilização da equipe adicional e equipamentos; acessos; capacitação e simulação; definição dos canais com a rede; levantamento da linha de base	Coordenação do projeto e TI; escala adicional, treinamento, testes e relatório da base disponível
D31 a D60	Piloto em ambas as UPAs, com até 30 novas inclusões por unidade no período; contatos, solução de problemas e avaliação semanal	Enfermeiros e apoios adicionais; fichas, desfechos e relatório do piloto
D61 a D90	Operação com capacidade de até 60 novas inclusões por UPA ao mês; correções do piloto e consolidação do painel	Coordenação e qualidade; produção por unidade, tempos, segurança e revisão dos registros

Do quarto ao sexto mês	Aferição das metas propostas, auditoria das resoluções e revisão do efeito sobre retornos; avaliação de capacidade e acessibilidade	Equipe do projeto e direção; relatórios mensais e avaliação ao sexto mês
Do sétimo mês ao término	Manutenção do projeto, aperfeiçoamentos aprovados e acompanhamento mensal e trimestral dos resultados	Coordenação; relatórios, planos de melhoria e avaliação final

A operação remota dependerá da validação do protocolo, da autorização de acesso e das condições de segurança. Se houver pendência externa que afete o início, a coordenação comunicará formalmente o impedimento, manterá os recursos próprios previstos e apresentará cronograma corretivo à SEMUS. Não será iniciada atividade sem requisitos profissionais e de proteção de dados nem reduzida a assistência obrigatória para cumprir o cronograma.

1.12.13. Governança e Demonstração dos Resultados

A coordenação do projeto reunirá a equipe semanalmente no piloto e mensalmente na operação regular, com análise de problemas, encaminhamentos, perdas de seguimento e segurança. A direção técnica e o Núcleo de Segurança do Paciente receberão os casos que demandem análise, sem confundir o trabalho ordinário dessas instâncias com o recurso humano adicional do projeto.

O relatório mensal, separado por UPA, demonstrará elegíveis identificados, convidados, incluídos, não incluídos e motivos; contatos e tentativas; problemas por categoria; providências e resolução confirmada; indicadores, eventos de segurança e medidas corretivas; e comprovação do aporte próprio e das horas adicionais. A consolidação trimestral permitirá comparar perfil e resultados, sem divulgar dados pessoais dos participantes.

A revisão amostral confrontará o registro de resolução com a evidência e verificará se algum retorno necessário foi desestimulado. Qualquer incentivo a adiar atendimento urgente será tratado imediatamente. Os resultados serão incorporados ao acompanhamento da proposta e à transparência em formato

agregado, sem substituir ou alterar os indicadores e relatórios obrigatórios da parceria.

1.12.14. Declaração de Execução sem Ônus Adicional

O IBSAÚDE declara que a execução do Projeto Cuidado Após a Alta não implicará acréscimo ao valor da parceria, redução das metas pactuadas ou remanejamento de recursos vinculados às atividades obrigatórias. O pessoal, os materiais e os demais custos incrementais serão custeados com recursos próprios institucionais, identificados e controlados separadamente.

O IBSAÚDE compromete-se a preservar integralmente o dimensionamento, as escalas, a disponibilidade de leitos e salas, os estoques, os serviços de apoio e as demais obrigações previstas no edital. Nenhum profissional será contabilizado simultaneamente no posto obrigatório e na carga adicional do projeto, e não haverá cobrança aos usuários, vinculação de acesso à participação ou transferência de custos à SEMUS.

O projeto observará os fluxos da rede e as autorizações aplicáveis, sem criar obrigação de financiamento ou de oferta adicional de vagas por outros serviços. Seu resultado será acompanhado por indicadores próprios e apresentado à Administração, mantendo-se a responsabilidade do IBSAÚDE pela execução aqui propostos.

3. PARTE II — ÁREA DE QUALIDADE

3.1. QUALIDADE OBJETIVA — COMISSÕES E NÚCLEOS

A gestão da qualidade das UPAs Norte e Sul de Palmas será apoiada pela atuação das comissões e dos núcleos previstos no edital, com responsabilidades definidas para avaliar os processos de trabalho, identificar riscos, acompanhar resultados e propor melhorias na assistência e nas condições de funcionamento das unidades. O IBSAÚDE assegurará os meios necessários ao desenvolvimento

dessas atividades, respeitando as competências, a autonomia e as regras de constituição de cada instância.

Essa estrutura compreenderá a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; a Comissão de Revisão de Óbitos; a Comissão de Ética Médica; a Comissão de Ética de Enfermagem; a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio; a Comissão de Farmácia e Terapêutica; a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; o Núcleo de Segurança do Paciente; e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

Apresentam-se, a seguir, para cada comissão ou núcleo, a proposta de constituição, com composição por categoria profissional e forma de escolha dos membros; a minuta de regimento interno, com competências, periodicidade das reuniões e registro das deliberações; e o cronograma anual de atividades. Os encaminhamentos serão acompanhados por responsáveis e prazos, permitindo verificar a execução das medidas propostas e sua contribuição para a melhoria dos serviços.

V.2.1. COMISSÕES E NÚCLEOS OBRIGATÓRIOS

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Qualificar a completude, a legibilidade, a autoria, a cronologia e a disponibilidade dos registros assistenciais, favorecendo continuidade do cuidado e rastreabilidade das decisões.

Uma comissão em cada UPA, com atos de constituição e registros próprios. As reuniões podem compartilhar atividades educativas, mantendo separadas as análises e evidências de cada estabelecimento.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
Medicina	2 titulares e 2 suplentes	Coordenação por um dos médicos; análise dos registros médicos
Enfermagem	1 enfermeiro titular e 1 suplente	Análise do processo e dos registros de enfermagem
Farmácia	1 farmacêutico titular e 1 suplente	Prescrição e rastreabilidade da terapia
Gestão da informação	1 profissional administrativo de prontuário titular e 1 suplente	Integridade documental e apoio à extração de dados

Forma de escolha e formalização

A Direção da unidade designará nominalmente titulares, suplentes e médico coordenador por ato formal, após indicação das áreas e conferência de vínculo, habilitação e disponibilidade. Mandato institucional proposto de dois anos, permitida recondução. A secretaria será escolhida entre os membros. A participação administrativa ficará limitada aos dados necessários à sua função.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências

técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Aprovar instrumento de auditoria que abranja identificação do usuário, acolhimento e classificação de risco, história, exame, hipóteses, prescrições, administração, evolução e destino.

2. Verificar data, hora, identificação e assinatura dos profissionais, resultados de exames e registros de alta, transferência, recusa e óbito, respeitadas as atribuições de cada categoria.

3. Definir amostra mensal por UPA, com seleção rastreável de atendimentos de diferentes turnos, categorias de risco e desfechos, além de casos sinalizados por incidentes ou reclamações.

4. Examinar falhas de interface entre prontuário eletrônico, exames, prescrição e documentação de contingência, encaminhando problemas ao responsável por TI e à direção.

5. Orientar correções mediante adendo identificado, com data e hora reais, vedada adulteração, exclusão de registro original ou preenchimento retroativo sem rastreabilidade.

6. Encaminhar achados para educação permanente e segurança do paciente e articular-se com as comissões de ética, preservando a competência dos conselhos profissionais.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias mensais, com calendário aprovado na instalação, e extraordinárias quando houver urgência, risco relevante ou necessidade de deliberação não adiável. A coordenação convocará titulares e suplentes em substituição, compartilhando pauta com antecedência proposta de três dias úteis, salvo urgência. O quórum será a maioria absoluta dos titulares, com decisão por maioria simples dos presentes não impedidos. Empate será submetido a nova discussão, sem prejuízo da medida urgente de proteção. Ausência de quórum será registrada e motivará reconvocação.

Art. 6 Rotina de execução

Mensalmente, selecionar aleatoriamente pelo menos 30 prontuários encerrados por UPA, ou todos quando o total for inferior, e acrescentar casos prioritários por critério de risco. Registrar universo, método de seleção e quantidade analisada, sem apresentar a amostra como estimativa estatística de toda a assistência. Cada revisor preencherá checklist por categoria; divergências serão discutidas com o coordenador. Achados gerarão plano de ação com responsável e prazo; na reunião seguinte, verificar evidência de correção e realizar nova auditoria

dirigida. Falha com risco atual será comunicada imediatamente à liderança, sem aguardar reunião.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada, sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

O acesso será individual e autorizado, preferencialmente em perfil de consulta. A comissão não autorizará descarte de prontuários nem substituirá o atendimento a pedidos de acesso do usuário. A guarda, a digitalização e eventual eliminação obedecerão à legislação e à política institucional. Relatórios gerenciais serão agregados e não reproduzirão identificação desnecessária. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades.

Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal.

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade especifica	Responsáveis	Evidência
M1	Instituir comissão e aprovar checklist e amostragem	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M2	Auditar identificação e classificação de risco	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M3	Auditar evolução médica e enfermagem	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M4	Auditar prescrição e administração de medicamentos	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M5	Auditar resultados de exames e reavaliações	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M6	Balanço semestral e oficina de	Médico coordenador e	Checklist, relatório e

	registros	revisores	plano de ação
M7	Auditar alta e orientações ao usuário	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M8	Auditar transferência e passagem do cuidado	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M9	Auditar registros de protocolos de urgência	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M10	Auditar prontuário em contingência e digitalização	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M11	Reauditar falhas recorrentes e plano de correção	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação
M12	Relatório anual e revisão do instrumento	Médico coordenador e revisores	Checklist, relatório e plano de ação

Rotina contínua: recebimento de demandas, execução das medidas urgentes e acompanhamento dos encaminhamentos. Rotina mensal: reunião, análise dos dados e verificação das ações, além do tema indicado no mês. No M12, aprovar o calendário do ciclo seguinte, preservando continuidade e mandatos.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Cálculo ou evidência	Periodicidade e meta
Completude dos prontuários	Prontuários da amostra com todos os campos obrigatórios aplicáveis completos / prontuários auditados × 100	Mensal; meta inicial ≥ 90%; campos não aplicáveis justificados
Execução da auditoria	Prontuários auditados / prontuários programados × 100	Mensal; meta 100%
Correção das não conformidades	Ações concluídas no prazo / ações com vencimento no período × 100	Mensal; meta ≥ 90%

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

Referências normativas e técnicas

Resolução CFM nº 1.638/2002. Instituição, coordenação médica e atribuições da revisão de prontuários. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf

Lei nº 13.787/2018. Digitalização e guarda de prontuários. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm

Lei nº 13.709/2018. Proteção dos dados pessoais e de saúde. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

b) Comissão de Revisão de Óbitos

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Analisar tecnicamente os óbitos, identificar problemas nos processos de cuidado e qualificar as informações sobre mortalidade e as medidas de melhoria assistencial.

Uma comissão por UPA, responsável por todos os óbitos ocorridos na respectiva unidade, com consolidação gerencial que preserve a identificação do estabelecimento.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
Medicina	3 titulares e 3 suplentes	Coordenação médica; representações clínica, cirúrgica e de urgência
Enfermagem	1 enfermeiro titular e 1 suplente	Contribuição técnica de enfermagem
Farmácia	1 farmacêutico titular e 1 suplente	Contribuição técnica sobre medicamentos

Forma de escolha e formalização

Os cinco titulares serão designados pela Direção Técnica, com consulta ao corpo clínico e à Comissão de Ética Médica para os membros médicos. O coordenador será médico designado entre os membros médicos. Mandato proposto de dois anos. As representações clínica e cirúrgica poderão contar com profissionais de apoio institucional habilitados e formalmente vinculados à comissão. A proposta de três médicos, um enfermeiro e um farmacêutico contempla a composição anterior e a transição para a nova disciplina de 2026.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Comissão de Revisão de Óbitos é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Avaliar todos os óbitos da UPA e, quando disponíveis, informações relevantes sobre óbito precoce após transferência, por articulação com a rede e acesso autorizado.

2. Reconstituir a linha do tempo, condições de chegada, gravidade, intervenções, exames, resposta, regulação e transferência, utilizando prontuário e documentos disponíveis.

3. Solicitar, pelos canais autorizados, laudos de necropsia do SVO ou IML quando necessários, sem suspender a análise inicial por sua ausência.

4. Verificar a qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito e promover orientação aos médicos, sem modificar documento oficial fora do fluxo competente.

5. Identificar problemas de fluxo, disponibilidade de recursos e adesão aos protocolos e recomendar ações com responsável, prazo e avaliação.

6. Encaminhar necessidades de esclarecimento à Direção Técnica e aos canais profissionais competentes, sem juízo de culpa, imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias mensais, com calendário aprovado na instalação, e extraordinárias quando houver urgência, risco relevante ou necessidade de deliberação não adiável. A coordenação convocará titulares e suplentes em substituição, compartilhando pauta com antecedência proposta de três dias úteis, salvo urgência. O quórum será a maioria absoluta dos titulares, com decisão por maioria simples dos presentes não impedidos. Empate será submetido a nova discussão, sem prejuízo da medida urgente de proteção. Ausência de quórum será registrada e motivará reconvocação. A agenda mensal será mantida mesmo sem óbitos, para ações educativas e revisão de processos; os meses sem casos terão essa condição registrada.

Art. 6 Rotina de execução

Conferir mensalmente o livro ou sistema de óbitos com o prontuário e a informação epidemiológica; divergências serão reconciliadas. Distribuir todos os casos entre revisores médicos e demais áreas segundo competência. Apresentar relato circunstanciado, lacunas documentais e recomendações. Classificar como óbito a esclarecer quando houver necessidade de esclarecimento de conduta; não utilizar morte evitável como julgamento de responsabilidade profissional. Produzir relatório anual do perfil epidemiológico para a Direção Técnica, que conduzirá as medidas e comunicações ao CRM previstas na norma. Comunicação sanitária e notificação de evento adverso grave seguirão seus próprios prazos, sem depender da reunião.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada, sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

A análise dos atos médicos caberá exclusivamente aos médicos; os demais membros contribuirão em suas áreas. Relatórios terão finalidade educativa e de melhoria. Não serão utilizados como instrumento punitivo. Os membros não revisarão seus próprios casos: declararão impedimento e o suplente será convocado. A partir da vigência da Resolução CFM nº 2.469/2026, observar integralmente suas regras de mandato, impedimento e substituição, com

contraditório e ampla defesa nas hipóteses previstas. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades. Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal.

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A

assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade especifica	Responsaveis	Evidência
M1	Constituir e aprovar ficha de revisão e lista de óbitos	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M2	Revisar óbitos e registros de atendimento inicial	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M3	Avaliar sepse e deterioração clínica nos casos ocorridos	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M4	Avaliar emergências cardiovasculares e tempos assistenciais	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M5	Avaliar trauma e fluxos de referência nos casos ocorridos	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M6	Balanço semestral e oficina de Declaração de Óbito	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M7	Avaliar assistência respiratória nos casos ocorridos	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M8	Rever comunicação e transferência nos casos ocorridos	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M9	Reavaliar adesão às medidas de melhoria	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M10	Discutir limitações documentais e acesso a laudos	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M11	Consolidar perfil epidemiológico e pendências	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações
M12	Entregar relatório anual e plano do próximo ciclo	Coordenador médico e relatores	Ficha, ata sigilosa e recomendações

Rotina contínua: recebimento de demandas, execução das medidas urgentes e acompanhamento dos encaminhamentos. Rotina mensal: reunião,

análise dos dados e verificação das ações, além do tema indicado no mês. No M12, aprovar o calendário do ciclo seguinte, preservando continuidade e mandatos.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Calculo ou evidencia	Periodicidade e meta
Cobertura da revisão	Óbitos revisados / óbitos ocorridos no período de competência × 100	Mensal; meta 100%; informar casos pendentes e motivo
Planos de melhoria	Recomendações concluídas no prazo / recomendações vencendo no período × 100	Mensal; meta ≥ 90%
Qualidade da informação	Declarações avaliadas sem falha de preenchimento / declarações avaliadas × 100	Trimestral; estabelecer linha de base no primeiro ciclo

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

Transição normativa: a Resolução CFM nº 2.469/2026 foi publicada em 1º de setembro de 2026 e estabelece entrada em vigor 90 dias após a publicação. Na data desta proposta, observa-se a redação vigente da nº 2.171/2017; a composição

de cinco membros e mandato de dois anos foi proposta para compatibilidade com a transição. A mudança das regras de perda e substituição de mandato será aplicada na vigência correspondente, sem retroação indevida.

Referências normativas e técnicas

Resolução CFM nº 2.171/2017. Obrigatoriedade nas UPAs, revisão de todos os óbitos e relatório anual. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2017/2171_2017.pdf

Resolução CFM nº 2.469/2026. Alteração publicada em 1º de setembro de 2026, com vigência 90 dias após a publicação; transição incorporada à proposta. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2026/2469_2026.pdf

c) Comissão de Ética Médica

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Apoiar o CRM TO na orientação, fiscalização e esclarecimento de fatos relativos à ética médica, com autonomia perante a administração e respeito ao sigilo.

Constituição própria para o corpo clínico de cada UPA, com participação de todos os médicos elegíveis. Não se presume comissão única entre estabelecimentos. Qualquer organização conjunta dependerá do enquadramento e do registro perante o CRM TO.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
Medicina	3 médicos efetivos e 3 suplentes como proposta inicial	Eleitos pelo corpo clínico; presidente e secretário escolhidos entre os efetivos
Ajuste por corpo clínico	De 31 a 999 médicos: mínimo 3 efetivos e 3 suplentes	A partir de 1.000: mínimo 5 efetivos e 5 suplentes
Corpo clínico reduzido	Proposta de constituição voluntária com 3 efetivos e 3 suplentes	Quando houver dispensa normativa, submeter constituição ao CRM TO

Forma de escolha e formalização

A direção clínica organizará comissão eleitoral sem candidatos ou dirigentes em sua composição. A escolha ocorrerá por voto direto e secreto, por chapas, sem procuração, sob supervisão do CRM TO. O edital será divulgado 30 dias antes do pleito; inscrições de chapas até 15 dias antes; divulgação das chapas por pelo menos uma semana. Encaminhar ata ao CRM para homologação, registro e posse. Na primeira reunião, os efetivos elegerão o presidente e o secretário. A direção não nomeará livremente os membros da CEM. Mandato proposto de 24 meses, dentro do intervalo normativo de 12 a 30 meses.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Comissão de Ética Médica é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Orientar o corpo clínico e usuários sobre ética médica, sigilo, consentimento, prontuários e responsabilidade profissional.

2. Fiscalizar condições do exercício médico e comunicar ao CRM indícios de infração, exercício ilegal ou restrições indevidas à atividade profissional.

3. Receber denúncias e instaurar apurações internas preliminares nas hipóteses previstas pela Resolução CFM nº 2.152/2016.

4. Informar imediatamente ao CRM a instauração de apuração, mantendo organização cronológica e acesso restrito aos autos.

5. Promover debates educativos com base nos riscos éticos dos serviços de urgência, preservando a identidade das pessoas.

6. Fornecer ao CRM relatório de atividades semestral e sempre que solicitado, atendendo suas orientações e requisições.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias bimestrais após a posse, com calendário divulgado ao corpo clínico, e extraordinárias sempre que necessário. O presidente convocará os efetivos e os suplentes que os substituam. Pauta e documentos serão enviados por canal restrito, em regra com três dias úteis de antecedência, ressalvada urgência. As deliberações ocorrerão por maioria simples, com voto qualificado do presidente em empate, na forma da Resolução CFM nº 2.152/2016. Propõe-se presença mínima da maioria absoluta dos efetivos, ressalvada disciplina do CRM.

Art. 6 Rotina de execução

Protocolar denúncia escrita identificada ou despacho de instauração de ofício. O presidente designará membro não impedido para esclarecer fatos e comunicará imediatamente ao CRM. Informar os envolvidos e solicitar esclarecimentos conforme o rito e os prazos da resolução, inclusive prazo de 15 dias na hipótese do art. 28. Organizar os documentos cronologicamente, numerados e com controle de autoria e acesso. Concluída a apuração, lavrar termo e proceder ao encaminhamento ao CRM ou sugestão de arquivamento nos termos

normativos; a CEM não julgará infração nem aplicará pena ética. Denúncia contra integrante será remetida diretamente ao CRM, com abstenção do envolvido.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada, sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

Dirigentes técnicos, clínicos e administrativos não integrarão a CEM. A elegibilidade será certificada junto ao CRM, observadas regularidade, sanções e impedimentos normativos. Demandas e autos éticos não serão entregues à administração como relatórios de pessoal. A direção proverá tempo, material e condições de funcionamento sem interferir no mérito. Substituições, afastamentos e vacâncias serão comunicados ao CRM e observarão o rito próprio. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras

instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades. Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal.

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade especifica	Responsáveis	Evidência
M1	Preparar eleição, verificar elegibilidade e publicar edital	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M2	Realizar eleição e enviar documentação ao CRM	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M3	Concluir instalação após CRM e primeira reunião ordinária	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M4	Orientar sobre sigilo e uso de meios digitais	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM

M5	Reunião ordinária e análise dos encaminhamentos	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M6	Encaminhar relatório semestral - ao CRM e ação educativa	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M7	Reunião ordinária e revisão de condições do exercício	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M8	Debater consentimento e recusa no atendimento urgente	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M9	Reunião ordinária e análise de demandas	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M10	Orientar registros, transferências e continuidade do cuidado	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M11	Reunião ordinária e planejamento do próximo ciclo	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM
M12	Relatório semestral ao CRM e balanço educativo	Presidente e secretário da CEM	Atos eleitorais, atas e protocolos CRM

Após a posse: reunião ordinária a cada dois meses e extraordinárias por necessidade. As atividades do primeiro semestre anteriores à instalação serão descritas no primeiro relatório ao CRM, sem contabilizá-las como atuação de comissão já empossada. Nos ciclos seguintes, manter seis reuniões ordinárias anuais e dois relatórios semestrais.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Cálculo ou evidência	Periodicidade e meta
Reuniões realizadas	Reuniões ordinárias realizadas / reuniões ordinárias programadas × 100	Bimestral; meta 100%
Educação ética	Atividades educativas realizadas / atividades previstas × 100	Semestral; meta 100%
Prestação institucional	Relatórios semestrais enviados ao CRM / relatórios devidos × 100	Semestral; meta 100%

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

Referências normativas e técnicas

Resolução CFM nº 2.152/2016 e regulamento anexo. Composição, eleição, funcionamento bimestral, apuração e relatório semestral. https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2152_2016.pdf

Resolução CFM nº 2.217/2018 e alterações. Código de Ética Médica. https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217

d) Comissão de Ética de Enfermagem

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Desenvolver orientação, escuta qualificada, educação e vigilância do exercício ético da enfermagem, representando o Coren TO com autonomia e imparcialidade.

Comissão representativa das duas UPAs sob a mesma gestão, observada a disciplina das unidades descentralizadas e a aprovação pelo Coren TO. Será assegurada representação de ambas as UPAs no processo eleitoral e participação de todos os profissionais elegíveis.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
50 a 99 profissionais	2 enfermeiros e 1 técnico ou auxiliar efetivos	Previsão de 3 suplentes
100 a 249 profissionais	3 enfermeiros e 2 técnicos ou auxiliares efetivos	Previsão de 5 suplentes
250 a 500 profissionais	5 enfermeiros e 4 técnicos ou auxiliares efetivos	Previsão de 7 suplentes

Forma de escolha e formalização

O ERT consolidará o quantitativo de enfermagem e organizará comissão eleitoral com pelo menos três profissionais regulares. Convocação do pleito com antecedência de 60 dias, por edital encaminhado ao Coren TO. Votação direta e secreta, abrangendo os turnos, com conferência da elegibilidade pelo Conselho. Enviar o processo eleitoral completo para homologação. A nomeação ocorrerá por portaria do Coren e a posse por seu presidente ou representante, com capacitação na forma da Resolução Cofen nº 792/2025. O mandato será de três anos, admitida uma reeleição.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Comissão de Ética de Enfermagem é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Divulgar e orientar sobre a legislação profissional e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

2. Receber denúncias escritas ou eletrônicas; denúncias verbais serão reduzidas a termo por membro da comissão.

3. Realizar averiguações prévias necessárias à narrativa dos fatos, com escuta respeitosa e levantamento de documentos, sem juízo de valor.

4. Encaminhar relatório e documentação ao Coren TO quando houver suposta infração; enviar cópia ao ERT somente para ciência, preservado o sigilo.

5. Encaminhar exclusivamente ao Coren quando o ERT estiver envolvido e remeter ao Conselho denúncias contra membro da própria CEE.

6. Promover educação ética, participar das convocações do Coren e apresentar anualmente relatório de atividades ao Conselho.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias mensais, com calendário aprovado na instalação, e extraordinárias quando houver urgência, risco relevante ou necessidade de deliberação não adiável. A coordenação convocará titulares e suplentes em substituição, compartilhando pauta com antecedência proposta de três dias úteis, salvo urgência. O quórum será a maioria absoluta dos titulares, com decisão por maioria simples dos presentes não impedidos. Empate será submetido a nova discussão, sem prejuízo da medida urgente de proteção. Ausência de quórum será registrada e motivará reconvocação. O calendário ordinário será contado a partir da posse pelo Coren, respeitando sua autonomia e eventual orientação complementar do Conselho.

Art. 6 Rotina de execução

Disponibilizar canal institucional restrito e registrar recebimento, assunto, responsável e andamento. Classificar necessidade de orientação ou

encaminhamento ético sem antecipar culpa. Denúncia anônima será encaminhada ao Coren, com averiguações prévias quando necessárias, sem interpretação subjetiva. Elaborar relato objetivo e remeter ao Conselho; a ciência ao ERT não autoriza alterar conteúdo nem interferir no trâmite. As ações educativas poderão gerar recomendações gerais, sem expor pessoas. Risco assistencial atual será comunicado para proteção imediata por canal adequado, sem suprimir o encaminhamento ético.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada, sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

A CEE não aplica sanção ética nem substitui processo do Conselho ou gestão de pessoal. Suas reuniões serão restritas aos membros, salvo participação de convidados justificada e aprovada. O presidente será enfermeiro; secretário e demais membros observarão a composição homologada. A gestão assegurará tempo e recursos sem interferência. A designação excepcional só será utilizada nas hipóteses comprovadas da Resolução nº 792/2025, com validação, nomeação e posse pelo Coren. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades. Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal.

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade especifica	Responsaveis	Evidência
M1	Consolidar quadro, comissão eleitoral e edital do pleito	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M2	Divulgar candidaturas e assegurar participação dos turnos	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M3	Realizar eleição e remeter processo completo ao Coren	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M4	Acompanhar homologação, capacitação e posse pelo Coren	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M5	Instalar comissão e divulgar canais após posse	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M6	Oficina sobre sigilo e registros de enfermagem	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M7	Analisar demandas e emitir orientações preventivas	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M8	Educação sobre responsabilidade e limites profissionais	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M9	Revisar demandas e barreiras ao exercício ético	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M10	Debater comunicação e relações de trabalho	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M11	Avaliar ações educativas e planejar ciclo seguinte	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas
M12	Relatório anual ao Coren e balanço das atividades	ERT na eleição e CEE após posse	Processo eleitoral, portaria e atas

O envio ao Coren não equivale à homologação. Após a posse, realizar reuniões mensais e atender ao calendário próprio do Conselho. Se houver atraso externo, documentar acompanhamento e ajustar as ações da CEE; até a posse, o ERT e o Coren receberão as demandas por seus canais regulares, sem atribuí-las a comissão ainda não empossada.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Cálculo ou evidência	Periodicidade e meta
Execução educativa	Atividades éticas realizadas / atividades planejadas × 100	Semestral; meta 100%
Regularidade institucional	Reuniões realizadas / reuniões programadas após posse × 100	Mensal; meta 100%
Relatório ao Conselho	Relatório anual encaminhado no prazo pactuado	Anual; meta 1 relatório com protocolo

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

A proporção efetiva será definida pelo total de profissionais da abrangência aprovada pelo Coren. O quantitativo de suplentes proposto acompanha o quadro da Resolução nº 792/2025; sua composição e eventual designação excepcional dependerão de validação do Conselho. Não se prevê mandato de um ano por coincidir com a vigência contratual.

Referências normativas e técnicas

Resolução Cofen nº 792/2025 e regulamento. Criação, composição, eleição, homologação, posse e competências; substitui a Resolução nº 593/2018. https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-792-de-08-de-outubro-de-2025/

Resolução Cofen nº 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/

e) Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Reduzir riscos de infecção e transmissão na assistência, mediante programa adaptado ao pronto atendimento, vigilância, prevenção, capacitação e resposta a surtos.

Uma comissão em cada UPA, com programa, vigilância e relatórios próprios, articulada à Vigilância Epidemiológica, à SMS e à rede de referência.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
Medicina	1 médico titular e 1 suplente	Consultoria clínica e protocolos
Enfermagem	1 enfermeiro titular e 1 suplente	Vigilância e prevenção nos processos assistenciais
Farmácia	1 farmacêutico titular e 1 suplente	Uso racional de antimicrobianos e saneantes

Administração	1 profissional de nível superior titular e 1 suplente	Recursos, contratos e condições operacionais
Microbiologia	1 profissional de nível superior habilitado como referência formal	Interface com laboratório próprio ou contratado e resultados

Forma de escolha e formalização

A Direção designará os membros de nível superior, coordenação e suplência por ato formal. Serão identificados membros consultores e executores, com pelo menos médico e enfermeiro como responsáveis operacionais designados, carga de trabalho protegida e plano de cobertura. Mandato institucional proposto de dois anos, com recondução. A execução poderá utilizar apoio técnico especializado formalizado, sem afastar a responsabilidade de cada UPA. A Portaria nº 2.616/1998 será referência técnica naquilo que couber à UPA; não se presumirá equivalência entre leitos de observação e internação hospitalar para dimensionamento.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Elaborar e monitorar programa anual de prevenção de IRAS adequado aos procedimentos, dispositivos e tempo de permanência das UPAs.

2. Definir precauções padrão e baseadas na transmissão, higiene das mãos, uso de EPI, limpeza, desinfecção, processamento e práticas seguras.

3. Organizar vigilância com definições de caso e denominadores documentados, diferenciando infecção presente na admissão de possível infecção relacionada ao cuidado.

4. Investigar agrupamentos e suspeitas de surtos, instituir medidas imediatas e comunicar vigilâncias pelos fluxos e prazos aplicáveis.

5. Revisar com a Farmácia e Terapêutica o uso de antimicrobianos, resultados de culturas, resistência e oportunidades de adequação.

6. Auditar práticas, devolver resultados às equipes e orientar contratos de limpeza, laboratório, resíduos e processamento.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às

recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias mensais, com calendário aprovado na instalação, e extraordinárias quando houver urgência, risco relevante ou necessidade de deliberação não adiável. A coordenação convocará titulares e suplentes em substituição, compartilhando pauta com antecedência proposta de três dias úteis, salvo urgência. O quórum será a maioria absoluta dos titulares, com decisão por maioria simples dos presentes não impedidos. Empate será submetido a nova discussão, sem prejuízo da medida urgente de proteção. Ausência de quórum será registrada e motivará reconvocação.

Art. 6 Rotina de execução

Mapear riscos por setor e manter busca de casos e eventos a partir do prontuário, culturas, dispositivos e comunicação da rede. A equipe executora consolidará dados semanalmente e apresentará relatório mensal. Suspeita de transmissão exigirá avaliação imediata, precauções, definição de expostos e contato com a vigilância, sem aguardar confirmação laboratorial ou reunião. Registrar hipótese, linha de casos, medidas, responsáveis e reavaliação; proteger dados pessoais. O serviço comunicará ao receptor as precauções e achados relevantes na transferência.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada,

sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

A comissão não substituirá o núcleo de vigilância epidemiológica nem atribuirá causalidade apenas pelo tempo decorrido desde a admissão. Indicadores seguirão critérios técnicos aplicáveis; taxas com dispositivos serão utilizadas somente com denominadores confiáveis. O dimensionamento e a disponibilidade de profissionais executores serão formalizados segundo o perfil real, as exigências sanitárias e o orçamento aprovado, sem substituir atuação contínua por reunião mensal. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades. Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando

necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade especifica	Responsáveis	Evidência
M1	Instituir comissão e programa de prevenção com linha de base	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M2	Capacitar precauções e auditar insumos de higiene	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M3	Auditar técnica de cateteres e administração de medicamentos	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M4	Revisar limpeza, desinfecção e processamento	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M5	Campanha de higiene das mãos e devolutiva por setor	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M6	Revisar antimicrobianos com a CFT e balanço semestral	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M7	Simular investigação e resposta a surto	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M8	Auditar precauções respiratórias e transferências	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria

M9	Revisar prevenção de infecções associadas a dispositivos	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M10	Auditar interfaces de limpeza, resíduos e laboratório	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M11	Reauditar falhas e propor melhorias orçamentárias	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria
M12	Relatório anual e revisão do programa	Coordenação e equipe executora	Relatório de vigilância e auditoria

Rotina contínua: recebimento de demandas, execução das medidas urgentes e acompanhamento dos encaminhamentos. Rotina mensal: reunião, análise dos dados e verificação das ações, além do tema indicado no mês. No M12, aprovar o calendário do ciclo seguinte, preservando continuidade e mandatos.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Cálculo ou evidência	Periodicidade e meta
Higiene das mãos	Ações corretas / oportunidades observadas × 100	Mensal; meta inicial ≥ 80%, com estratificação por momento e setor
Precauções	Itens conformes / itens aplicáveis verificados × 100	Mensal; meta ≥ 90%
Resposta a alertas	Alertas avaliados no prazo interno / alertas recebidos × 100	Mensal; meta 100%; prioridade imediata no risco de surto

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

Referências normativas e técnicas

RDC Anvisa nº 63/2011. Boas práticas de funcionamento em serviços de saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html

RDC Anvisa nº 36/2013. Gestão de risco e prevenção de infecções.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

Portaria MS nº 2.616/1998. Referência técnica de programa, membros consultores e executores, conforme aplicabilidade ao serviço.
https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html

f) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Prevenir acidentes e doenças do trabalho e combater assédio e violência, articulando participação dos trabalhadores, gestão e serviços de segurança e saúde ocupacional.

CIPA própria por estabelecimento, UPA Norte e UPA Sul, com eleições, dimensionamento, atas e calendário separados. A cooperação entre as unidades não substitui a representação local.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
Representação do empregador	Titulares e suplentes em quantitativo paritário à representação dos empregados	Designação; categorias propostas incluem enfermagem, administração e apoio técnico
Representação dos empregados	Titulares e suplentes conforme Quadro I da NR 5	Eleição aberta a empregados elegíveis de todas as categorias, sem reserva de vagas
Participação técnica	Segurança do trabalho, medicina do trabalho e RH	Apoio e convidados sem alterar a paridade ou ocupar automaticamente vagas eleitas

Forma de escolha e formalização

O IBSAÚDE designará seus representantes; os empregados elegerão os seus por voto secreto. A presidência será indicada entre os representantes do empregador e a vice-presidência escolhida entre os titulares eleitos. O quantitativo será calculado pelo Quadro I da NR 5 a partir do número de empregados do estabelecimento e do grau de risco apurado com a NR 4, documentado pelo RH e pela Segurança do Trabalho. Não serão usados postos de plantão como se fossem total de empregados. Mandato dos eleitos de um ano, permitida uma reeleição. As garantias legais dos eleitos serão respeitadas.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Acompanhar a identificação de perigos e a avaliação de riscos e registrar a percepção dos trabalhadores por mapa de riscos ou ferramenta equivalente.

2. Inspecionar condições e ambientes, elaborar plano de trabalho e acompanhar medidas do PGR, articulado ao PCMSO e à NR 32.

3. Participar da análise de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e propor medidas; acompanhar comunicação e providências pelos setores responsáveis.

4. Verificar riscos biológicos, perfurocortantes, químicos, ergonômicos, elétricos e de incêndio, incluindo rotas, transporte e descarte.

5. Promover anualmente a SIPAT com apoio técnico e incluir prevenção de assédio sexual, violência, igualdade e diversidade.

6. Orientar sobre canal de denúncias, proteção contra retaliação e acolhimento; encaminhar ao fluxo competente sem expor relatos nas atas públicas.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias mensais por estabelecimento, em horário compatível com os turnos, e extraordinárias em acidente grave ou fatal ou por solicitação de uma das representações. A pauta ordinária será compartilhada com antecedência proposta de três dias úteis. A reunião deliberativa deverá preservar a representação paritária; nas ausências, convocar os suplentes. A participação poderá ser remota quando cabível. A secretaria de cada reunião será designada pelos membros presentes.

Art. 6 Rotina de execução

Implantar processo eleitoral com edital, inscrição individual por pelo menos 15 dias, voto secreto, participação dos turnos, apuração e posse documentadas.

Comunicar sindicato na forma da NR 5. Respeitar quóruns eleitorais e prorrogações previstos na norma. Para renovação, convocar eleição ao menos 60 dias antes do término do mandato e realizar votação com a antecedência normativa. Capacitar titulares e suplentes antes da posse, ressalvada a regra do primeiro mandato, até 30 dias após posse. A carga mínima será 8, 12, 16 ou 20 horas conforme grau de risco 1, 2, 3 ou 4, com parcela presencial exigível. Risco grave exige comunicação e providência imediatas, sem aguardar reunião.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada, sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

As decisões buscarão consenso; sem consenso, votarão os titulares com paridade preservada, por maioria simples, registrando divergência. Empate exigirá nova discussão e pedido de reconsideração, sem voto de qualidade unilateral de uma representação. Denúncias de assédio seguirão canal institucional com acesso restrito e apuração própria; a CIPA não substituirá investigação ou autoridades competentes. As atas serão disponibilizadas a todos os membros e as deliberações e encaminhamentos aos empregados por quadro de aviso ou meio eletrônico, preservados os relatos confidenciais. Documentos da CIPA serão mantidos no estabelecimento por pelo menos cinco anos. Vacâncias e perda de mandato seguirão a NR 5, não regras genéricas de comissões. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com

compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades. Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal.

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade especifica	Responsáveis	Evidência
M1	Dimensionar por UPA e organizar eleição ou transição vigente	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M2	Concluir eleição, posse, treinamento e plano de trabalho	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M3	Inspecionar perfurocortantes e riscos biológicos	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M4	Inspecionar ergonomia, movimentação e organização do trabalho	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M5	Inspecionar produtos químicos e segurança da limpeza	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M6	Balanço semestral com PGR e PCMSO	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M7	Revisar proteção contra incêndio e rotas de saída	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M8	Realizar SIPAT e capacitação anual contra assédio	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M9	Inspecionar condições das áreas de apoio e manutenção	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M10	Preparar renovação conforme término efetivo do mandato	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M11	Executar etapas eleitorais nos prazos da NR 5	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição
M12	Relatório de gestão e passagem de pendências	Presidência, vice e apoio SST	Atas, inspeções, certificados e eleição

As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente após a posse. Na transição, verificar mandato existente e preservar atos válidos; a troca de gestão não encerra automaticamente mandatos. A renovação eleitoral será vinculada à data real de término, e não simplesmente ao encerramento do ano contratual.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Cálculo ou evidência	Periodicidade e meta
Inspeções realizadas	Inspeções realizadas / inspeções programadas × 100	Mensal; meta 100%
Medidas preventivas	Ações concluídas no prazo / ações vencendo no período × 100	Mensal; meta ≥ 90%
Formação obrigatória	Membros com treinamento regular / membros que devem ser capacitados × 100	Na posse e substituições; meta 100%

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

Memória obrigatória de dimensionamento: estabelecimento e CNPJ ou identificação equivalente; atividade e grau de risco conferidos na NR 4; total de empregados abrangidos; linha e coluna do Quadro I da NR 5; número de titulares e suplentes de cada representação; data de referência e assinatura dos responsáveis. Esse registro será concluído antes do edital eleitoral e não será substituído pelo quadro de postos por plantão.

Referências normativas e técnicas

NR 5 e Portaria MTP nº 4.219/2022. CIPA, dimensionamento, eleição, funcionamento e treinamento. https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-05-atualizada-2022.pdf

Lei nº 14.457/2022, art. 23. Medidas contra assédio e violência e capacitação a cada 12 meses. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14457.htm

NR 1 NR 4 NR 7 e NR 32. Gerenciamento de riscos, dimensionamento, saúde ocupacional e serviços de saúde. https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes

g) Comissão de Farmácia e Terapêutica

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Promover seleção e uso racional de medicamentos e produtos para saúde, com decisões documentadas sobre efetividade, segurança, necessidade assistencial e impacto financeiro.

Uma comissão em cada UPA, com padronização articulada entre unidades e com a assistência farmacêutica municipal, mantendo decisões e consumo identificados por estabelecimento.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
Farmácia	2 farmacêuticos titulares e 2 suplentes	Coordenação técnica farmacêutica e secretaria
Medicina	2 médicos titulares e 2 suplentes	Protocolos, efetividade e segurança clínica
Enfermagem	1 enfermeiro titular e 1 suplente	Preparo, administração e monitoramento
Administração	1 profissional administrativo convidado	Impacto financeiro e abastecimento, sem voto técnico

Forma de escolha e formalização

A Direção designará cinco titulares e respectivos suplentes, indicando farmacêutico coordenador e secretário entre os membros. Mandato institucional proposto de dois anos, permitida recondução. A CCIRAS e o NSP participarão de temas de interface, por representantes formalmente convidados. Cada membro declarará interesses e impedimentos antes da análise de inclusão ou exclusão de tecnologia.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Comissão de Farmácia e Terapêutica é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Elaborar e revisar relação de medicamentos e produtos compatível com perfil das UPAs, RENAME, relação municipal e PCDT aplicáveis.

2. Avaliar solicitações de inclusão, exclusão ou substituição mediante parecer técnico com evidências, alternativas, impacto e riscos.

3. Definir critérios de uso de medicamentos não padronizados e resposta a faltas sem interromper tratamento essencial.

4. Aprovar recomendações para prescrição, dispensação, preparo, administração e monitoramento em articulação com os responsáveis técnicos.

5. Revisar medicamentos de alta vigilância, nomes ou embalagens semelhantes, eletrólitos concentrados e medidas de segurança.

6. Analisar utilização, reações adversas, erros e queixas técnicas com NSP e CCIRAS; apoiar notificações aos sistemas oficiais pertinentes.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias mensais, com calendário aprovado na instalação, e extraordinárias quando houver urgência, risco relevante ou necessidade de deliberação não adiável. A coordenação convocará titulares e suplentes em substituição, compartilhando pauta com antecedência proposta de três dias úteis, salvo urgência. O quórum será a maioria absoluta dos titulares, com decisão por maioria simples dos presentes não impedidos. Empate será submetido a nova discussão, sem prejuízo da medida urgente de proteção. Ausência de quórum será registrada e motivará reconvocação.

Art. 6 Rotina de execução

Receber solicitação em formulário com indicação, população, alternativas e justificativa. A farmácia elaborará parecer com evidência científica, registro sanitário, segurança, logística e impacto orçamentário. Relator sem conflito apresentará a análise, seguida de deliberação motivada. Aprovação técnica não substitui autorização orçamentária, contratação regular ou pactuação municipal. A decisão terá versão, data de implementação e plano de comunicação. Emergências e desabastecimento terão resposta imediata do farmacêutico e médico, conforme protocolo de contingência, com ratificação posterior da comissão.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada, sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

Representantes comerciais e fornecedores não participarão das deliberações nem influenciarão a seleção. Não serão aceitas vantagens vinculadas à padronização. Os membros impedidos não votarão. A CFT não autorizará substituição terapêutica automática fora da competência profissional nem reduzirá oferta obrigatória por decisão isolada de custo. A aquisição seguirá o regulamento institucional e as responsabilidades contratuais. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades.

Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal.

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade específica	Responsáveis	Evidência
M1	Constituir comissão e revisar padronização e formulários	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M2	Revisar medicamentos de emergência e estoque crítico	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M3	Revisar alta vigilância e barreiras de administração	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M4	Analisar antimicrobianos com CCIRAS	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M5	Revisar medicamentos e apresentações pediátricas	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M6	Balanço semestral de	Farmacêutico coordenador	Parecer, ata e relação

	consumo e segurança	e relatores	versionada
M7	Revisar não padronizados e contingência de faltas	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M8	Analisar reações adversas e queixas técnicas	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M9	Revisar sedação, analgesia e interações relevantes	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M10	Rever embalagens semelhantes e eletrólitos	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M11	Atualizar guia farmacoterapêutico e orçamento	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada
M12	Relatório anual e padronização do próximo ciclo	Farmacêutico coordenador e relatores	Parecer, ata e relação versionada

Rotina contínua: recebimento de demandas, execução das medidas urgentes e acompanhamento dos encaminhamentos. Rotina mensal: reunião, análise dos dados e verificação das ações, além do tema indicado no mês. No M12, aprovar o calendário do ciclo seguinte, preservando continuidade e mandatos.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Cálculo ou evidência	Periodicidade e meta
Rastreabilidade das decisões	Pedidos decididos com parecer e ata / pedidos deliberados × 100	Mensal; meta 100%
Adesão à padronização	Itens prescritos padronizados ou autorizados por exceção / itens avaliados × 100	Mensal; meta ≥ 95%
Ações de segurança	Medidas concluídas / medidas com prazo no período × 100	Mensal; meta ≥ 90%

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

Referências normativas e técnicas

Resolução CFF nº 449/2006, alterada pela nº 619/2015. Atribuições do farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica. https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/619.pdf

Portaria MS nº 4.283/2010. Referência de organização da farmácia e integração com comissões, conforme aplicabilidade. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4283_30_12_2010.html

RDC Anvisa nº 36/2013. Segurança do paciente e uso de medicamentos. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

h) Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Assegurar planejamento, execução, controle e rastreabilidade das etapas do manejo dos resíduos, protegendo usuários, trabalhadores e ambiente.

Uma comissão em cada UPA, vinculada ao PGRSS específico do estabelecimento e ao fluxo segregado e unidirecional apresentado no item V.1.3.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
Enfermagem	1 enfermeiro titular e 1 suplente	Coordenação e práticas assistenciais
Farmácia	1 farmacêutico titular e 1 suplente	Resíduos químicos e medicamentos
Administração	1 administrador titular e 1 suplente	Contratos, licenças e destinação
Segurança do trabalho	1 técnico ou engenheiro titular e 1 suplente	Riscos ocupacionais e acidentes
Higienização	1 supervisor operacional titular e 1 suplente	Coleta interna e armazenamento
Apoio técnico	Responsável habilitado pelo PGRSS	Responsabilidade técnica formal em seu conselho quando exigível

Forma de escolha e formalização

A Direção designará titulares, suplentes e coordenador por ato formal, com mandato institucional de dois anos. O responsável pelo PGRSS será profissional legalmente habilitado e identificado em instrumento próprio, com anotação de responsabilidade técnica quando exigida. A condição de coordenador da comissão não substitui habilitação ou responsabilidade pelo plano. Prestadores de coleta e tratamento poderão prestar esclarecimentos, sem substituir a responsabilidade do gerador.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Elaborar, implementar, monitorar e manter atualizado o PGRSS, com inventário dos grupos A, B, C, D e E conforme geração efetiva.

2. Validar segregação no ponto de geração, identificação, acondicionamento, rotas e horários de coleta, armazenamento e destinação.

3. Auditar recipientes, abrigos, EPIs, limpeza e compatibilidade de fluxos, evitando cruzamentos e mistura de grupos.

4. Verificar licenças e escopo contratual de transporte, tratamento e disposição, além de comprovantes e manifestos aplicáveis.

5. Controlar quantidades por grupo e investigar mistura, vazamento, perfurocortantes e falhas de coleta, articulando contingência.

6. Capacitar todos os envolvidos e apresentar indicadores, necessidades de materiais e medidas de redução e segregação correta.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias mensais, com calendário aprovado na instalação, e extraordinárias quando houver urgência, risco relevante ou necessidade de deliberação não adiável. A coordenação convocará titulares e suplentes em substituição, compartilhando pauta com antecedência proposta de três dias úteis, salvo urgência. O quórum será a maioria absoluta dos titulares, com decisão por maioria simples dos presentes não impedidos. Empate será submetido a nova discussão, sem prejuízo da medida urgente de proteção. Ausência de quórum será registrada e motivará reconvocação.

Art. 6 Rotina de execução

Mapear pontos geradores e pesar ou quantificar resíduos por método rastreável, com registros por grupo. Inspecionar mensalmente setores e abrigo,

registrar não conformidades e promover correção imediata em risco de exposição. Conferir mensalmente a cadeia documental da destinação e vigência das licenças; exigir correção de pendências antes de manter operação irregular. Em interrupção de coleta, acionar transportador e alternativa licenciada conforme contrato e PGRSS, com armazenamento seguro e comunicação à direção. Acidentes exigem proteção imediata, contenção por equipe treinada e acionamento de saúde ocupacional e vigilância quando aplicável.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada, sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

A existência de radiografia não significa geração automática de resíduo radioativo. O grupo C somente será incluído quando houver geração efetiva sujeita à disciplina da autoridade nuclear competente. Resíduos de medicamento não serão descartados na rede de esgoto nem misturados a comuns. O fluxo de resíduos perfurocortantes não admite reabertura, esvaziamento ou compactação manual de recipientes. Terceirização não transfere a responsabilidade do gerador. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades. Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal.

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade especifica	Responsaveis	Evidência
M1	Constituir comissão e revisar PGRSS e pontos geradores	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M2	Auditar segregação e dimensionar recipientes	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M3	Revisar resíduos químicos e medicamentos	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M4	Conferir rotas de coleta e abrigo externo	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M5	Capacitar perfurocortantes e resposta a acidentes	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M6	Balanço semestral de quantidades e contratos	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M7	Simular interrupção de coleta e vazamento	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M8	Auditar armazenamento e condições do abrigo	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M9	Revisar resíduos comuns e oportunidades de redução	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M10	Conferir licenças e comprovantes de destinação	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M11	Reauditar falhas e atualizar previsão de insumos	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes
M12	Relatório anual e revisão do PGRSS	Coordenação, RT PGRSS e setores	Checklist, pesagem e comprovantes

Rotina contínua: recebimento de demandas, execução das medidas urgentes e acompanhamento dos encaminhamentos. Rotina mensal: reunião, análise dos dados e verificação das ações, além do tema indicado no mês. No M12, aprovar o calendário do ciclo seguinte, preservando continuidade e mandatos.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Cálculo ou evidência	Periodicidade e meta
Segregação correta	Pontos conformes / pontos inspecionados × 100	Mensal; meta ≥ 95%
Rastreabilidade externa	Remessas com documentação completa / remessas realizadas × 100	Mensal; meta 100%
Capacitação	Trabalhadores envolvidos capacitados / trabalhadores envolvidos × 100	Semestral; meta 100%

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

Referências normativas e técnicas

RDC Anvisa nº 222/2018. Boas práticas de gerenciamento dos resíduos e PGRSS.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf

Resolução Conama nº 358/2005. Tratamento e disposição final dos resíduos de serviços de saúde.
https://conama.mma.gov.br/images/conteudo/LivroConama.pdf

Lei nº 12.305/2010. Política Nacional de Resíduos Sólidos. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm

NR 32. Proteção do trabalhador em serviços de saúde. https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes

i) Núcleo de Segurança do Paciente

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Promover cultura de segurança, gestão integrada de riscos e prevenção de incidentes desde a admissão até alta, transferência ou óbito.

Um NSP por UPA, com Plano de Segurança do Paciente, cadastro, notificações e análise de incidentes identificados por estabelecimento. A troca de aprendizado entre os núcleos não elimina suas responsabilidades locais.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
Enfermagem	1 enfermeiro titular e 1 suplente	Coordenação e monitoramento dos riscos
Medicina	1 médico titular e 1 suplente	Segurança das decisões e protocolos
Farmácia	1 farmacêutico titular e 1 suplente	Segurança medicamentosa e farmacovigilância
Qualidade	1 profissional da saúde ou	Método de análise, indicadores e

	gestor titular e 1 suplente	planos
Administração	1 administrador titular e 1 suplente	Recursos e gestão dos processos de apoio

Forma de escolha e formalização

A Direção constituirá o NSP e nomeará seus membros por ato que lhes atribua autoridade, responsabilidade e meios para executar o Plano de Segurança do Paciente. Mandato institucional de dois anos, permitida recondução. Será indicado coordenador e substituto, além dos responsáveis pelo cadastro e pelas notificações nos sistemas oficiais. A equipe terá tempo protegido, acesso a dados e apoio técnico, preservados sigilo e competências.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Núcleo de Segurança do Paciente é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão

o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Elaborar, implementar, divulgar e atualizar o Plano de Segurança do Paciente, com riscos, barreiras, responsáveis e indicadores.

2. Implantar protocolos de identificação, higiene das mãos, segurança de medicamentos, prevenção de quedas, lesão por pressão e comunicação, conforme atividades da UPA.

3. Receber e analisar incidentes, quase falhas e condições inseguras com abordagem sistêmica e proteção contra retaliação por relato de boa fé.

4. Realizar notificações sanitárias nos prazos, com designação de responsável e substituto e controle de protocolo.

5. Coordenar investigação de eventos graves e apoiar comunicação transparente e acolhimento ao usuário e família, conforme fluxo institucional.

6. Integrar CCIRAS, prontuários, óbitos, CFT e NEPS para que achados se convertam em medidas e verificação de efetividade.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias mensais, com calendário aprovado na instalação, e extraordinárias quando houver urgência, risco relevante ou necessidade de

deliberação não adiável. A coordenação convocará titulares e suplentes em substituição, compartilhando pauta com antecedência proposta de três dias úteis, salvo urgência. O quórum será a maioria absoluta dos titulares, com decisão por maioria simples dos presentes não impedidos. Empate será submetido a nova discussão, sem prejuízo da medida urgente de proteção. Ausência de quórum será registrada e motivará reconvocação.

Art. 6 Rotina de execução

Disponibilizar canal acessível de notificação a todos os turnos. Na ocorrência de dano, priorizar atendimento e redução do risco, comunicar liderança e preservar registros. O NSP fará triagem diária em dias úteis e a liderança do plantão acionará imediatamente o coordenador ou substituto em eventos graves, inclusive fora desse horário. Definir investigação proporcional ao risco, identificar fatores contribuintes e propor barreiras com responsável e prazo. Eventos adversos serão notificados até o 15º dia útil do mês seguinte; óbito atribuído a evento adverso, em até 72 horas, com informação disponível e complementação conforme orientação da Anvisa.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada, sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

A apuração de incidente não substitui investigação ética, trabalhista ou sanitária, que possui rito próprio. Os resultados de aprendizagem serão divulgados sem identificação desnecessária. Dados de usuários e profissionais terão acesso por necessidade de conhecimento. A mudança de protocolo exigirá aprovação técnica e capacitação; o encerramento de plano dependerá de evidência de execução e avaliação do efeito, não apenas de resposta administrativa. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades. Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal.

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade especifica	Responsáveis	Evidência
M1	Constituir NSP, cadastro e Plano de Segurança	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M2	Implantar identificação e canal de incidentes	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M3	Auditar medicamentos de alta vigilância e prescrição	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M4	Revisar comunicação na passagem do cuidado	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M5	Campanha de higiene das mãos com CCIRAS	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M6	Balanço semestral e revisão dos riscos prioritários	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M7	Auditar prevenção de quedas e lesão por pressão	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M8	Simular resposta a evento grave e comunicação	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M9	Ação de segurança do paciente e participação do usuário	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M10	Reauditar barreiras dos protocolos de urgência	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos

M11	Avaliar cultura de segurança e pendências	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos
M12	Relatório anual e atualização do Plano de Segurança	Coordenador NSP e responsáveis	Plano, atas, auditorias e protocolos

Rotina contínua: recebimento de demandas, execução das medidas urgentes e acompanhamento dos encaminhamentos. Rotina mensal: reunião, análise dos dados e verificação das ações, além do tema indicado no mês. No M12, aprovar o calendário do ciclo seguinte, preservando continuidade e mandatos.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Cálculo ou evidência	Periodicidade e meta
Notificação oportuna	Eventos notificáveis comunicados no prazo / eventos notificáveis identificados × 100	Mensal; meta 100%; óbitos avaliados individualmente
Barreiras verificadas	Itens de segurança conformes / itens aplicáveis auditados × 100	Mensal; meta ≥ 90%
Ações efetivas	Ações concluídas com verificação / ações vencendo no período × 100	Mensal; meta ≥ 90%; não usar redução de relatos como meta

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

Referências normativas e técnicas

RDC Anvisa nº 36/2013. Constituição, Plano de Segurança, competências e prazos de notificação. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

Portaria GM/MS nº 529/2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

Anvisa orientações de notificação. Detalhamento operacional de incidentes e eventos adversos. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/perguntasfrequentes/servicos-de-saude/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude

j) Núcleo de Educação Permanente em Saúde

Este documento apresenta a constituição proposta, a minuta de regimento interno e o cronograma dos primeiros 12 meses desta instância, para execução nas UPAs Norte José de Souza Dourado e Sul Gerson Pires de Aguiar. A formalização observará os atos institucionais e as regras legais específicas descritas a seguir.

1. Proposta de constituição

Finalidade e abrangência

Transformar problemas do trabalho e resultados assistenciais em aprendizagem e melhoria verificável, articulando a educação permanente ao programa do item V.2.12.

Um núcleo em cada UPA, com programa articulado entre unidades, matriz por categoria e registros individualizados de participação. A coordenação conjunta das ações preservará o diagnóstico e a avaliação de cada estabelecimento.

Composição por categoria e representação

Categoria ou representação	Composição proposta	Função ou critério
Enfermagem	1 enfermeiro titular e 1 suplente	Coordenação pedagógica e práticas assistenciais
Medicina	1 médico titular e 1 suplente	Protocolos e desenvolvimento clínico
Farmácia	1 farmacêutico titular e 1 suplente	Terapia segura e assistência farmacêutica
Serviço social	1 assistente social titular e 1 suplente	Acolhimento, direitos e articulação da rede
Gestão de pessoas	1 profissional de RH ou administração titular e 1 suplente	Escalas, frequência e certificação
Equipe operacional	1 trabalhador de apoio titular e 1 suplente	Participação de recepção, limpeza e demais apoios

Forma de escolha e formalização

A Direção designará membros, suplentes e coordenador por ato formal, com mandato institucional de dois anos. A equipe terá disponibilidade em escala para planejamento e acompanhamento, com instrutores escolhidos por domínio técnico e competência pedagógica. Referências de cada turno participarão da identificação de necessidades e da multiplicação supervisionada das ações, sem substituir formação específica obrigatória.

O ato de implantação identificará nome, categoria, registro profissional quando aplicável, unidade de atuação, condição de titular ou suplente, função, início e término de mandato. A direção assegurará local reservado, acesso institucional aos documentos, suporte de secretaria, tempo em escala e recursos compatíveis com as atividades. Os nomes serão definidos após a composição efetiva das equipes, sem atribuição fictícia de profissionais nesta proposta.

2. Minuta de regimento interno

Art. 1 Natureza e objeto

Núcleo de Educação Permanente em Saúde é a instância institucional voltada à finalidade descrita na seção 1, atuando dentro de suas competências técnicas e legais. Sua atuação abrangerá os estabelecimentos e equipes ali definidos. Este regimento passará a produzir efeitos após a aprovação e formalização competentes, sem substituir normas de conselho, trabalho ou vigilância sanitária.

Art. 2 Composição e mandato

Integram a instância os membros titulares e suplentes da composição proposta na seção 1, escolhidos e formalizados pelo procedimento específico nela descrito. O ato de implantação e os registros eleitorais, quando cabíveis, integrarão o arquivo da instância. A substituição deverá manter categoria, representação, requisitos e mandato aplicáveis; não haverá substituição discricionária de membro eleito por indicação administrativa.

Art. 3 Competências

1. Levantar necessidades por categoria e setor com dados de incidentes, auditorias, protocolos, demandas dos trabalhadores e perfil epidemiológico.

2. Elaborar programa anual com matriz de temas e cargas horárias por categoria, cronograma, instrutores, recursos e cobertura dos turnos.

3. Assegurar capacitação específica em classificação de risco, segurança do paciente e nos cinco protocolos do item V.1.9.

4. Organizar integração de novos profissionais e atualização após mudanças relevantes, com liberação em escala que preserve assistência.

5. Manter frequência, avaliação, certificação e histórico individual; promover reposição para ausentes e acompanhamento de cobertura.

6. Avaliar conhecimento, habilidade e transferência da aprendizagem para o trabalho, articulando reauditoria e plano de melhoria.

Art. 4 Responsabilidades de funcionamento

A coordenação ou presidência convocará reuniões, organizará prioridades e acompanhará encaminhamentos. A secretaria manterá pauta, presença, atas e controle de ações. Cada membro apresentará informações de sua área, participará das atividades e declarará impedimentos. A direção proverá meios e responderá às recomendações no âmbito de suas atribuições, preservando a autonomia profissional e as competências reservadas aos conselhos.

Art. 5 Periodicidade das reuniões e deliberações

Reuniões ordinárias mensais, com calendário aprovado na instalação, e extraordinárias quando houver urgência, risco relevante ou necessidade de deliberação não adiável. A coordenação convocará titulares e suplentes em substituição, compartilhando pauta com antecedência proposta de três dias úteis, salvo urgência. O quórum será a maioria absoluta dos titulares, com decisão por maioria simples dos presentes não impedidos. Empate será submetido a nova discussão, sem prejuízo da medida urgente de proteção. Ausência de quórum será registrada e motivará reconvocação.

Art. 6 Rotina de execução

Consolidar necessidades no início e revisar trimestralmente. Para cada ação, registrar objetivo observável, público, carga horária, método, instrutor, material, avaliação e evidência esperada no trabalho. Ofertar turmas em horários compatíveis com os plantões e prever reposição em até 30 dias, salvo exigência anterior à atuação. A classificação de risco exigirá formação específica no protocolo adotado; presença em palestra não equivalerá a habilitação. Quando pertinente, contratar curso ou inscrição individual segundo necessidade e

orçamento. Capacitações externas reconhecidas terão comprovante e avaliação de aplicabilidade.

Art. 7 Registro e acompanhamento das deliberações

Cada reunião gerará ata numerada, com data, horário, local ou modalidade, participantes, quórum, impedimentos, pauta, síntese das análises, decisão e divergências. Cada encaminhamento identificará responsável, prazo e forma de comprovação. A ata será validada e assinada pelos participantes, em suporte físico ou eletrônico institucional, e guardada com seus anexos. A secretaria manterá quadro de ações com situação aberta, em execução, concluída ou reprogramada, sempre com justificativa. Na reunião seguinte será verificado o cumprimento. Ausências e reuniões não realizadas também serão documentadas.

Art. 8 Sigilo conflitos e limites

A certificação será emitida com identificação, tema, carga horária cumprida, data e responsável; aprovação seguirá critérios previamente divulgados. Cursos com exigência própria obedecerão ao requisito específico. Dados individuais ficarão no histórico restrito; relatórios gerenciais serão agregados. O NEPS não concederá credenciamento profissional nem autorizará procedimento além da habilitação. As cargas e metas detalhadas integrarão V.2.12, com compatibilidade entre programa, escala e orçamento. O tratamento de dados observará finalidade, necessidade, segurança e controle de acesso, com compartilhamento restrito aos legitimados. Identificações sensíveis ficarão em documento reservado; relatórios de circulação ampliada serão agregados. Convites técnicos não conferem voto nem acesso irrestrito a dados.

Art. 9 Relatórios integração e avaliação

A instância analisará os indicadores da seção 4 e revisará trimestralmente seu plano de ações. Relatórios serão encaminhados ao destinatário competente, observados os prazos legais específicos e o sigilo; relatórios de ética seguirão

diretamente ao respectivo conselho nos casos previstos. A integração com outras instâncias não fundirá suas competências, atas ou responsabilidades. Recomendações que dependam de recursos serão submetidas à direção com justificativa e prioridade, e o resultado será acompanhado.

Art. 10 Revisão e disposições finais

O regimento será revisto anualmente e quando mudar a norma ou o perfil do serviço. As alterações serão formalizadas pela autoridade competente e comunicadas aos membros; nas comissões de ética e na CIPA, respeitar-se-á o rito próprio. Os casos omissos observarão a legislação específica e, quando necessário, orientação do conselho ou autoridade responsável. Reunião ou aprovação interna não dispensa comunicação ou notificação devida em prazo legal.

3. Cronograma anual de atividades

M1 corresponde ao primeiro mês de execução da parceria; M2 a M12 são os meses subsequentes. As datas serão transpostas para calendário na implantação. O cronograma abrange ambas as UPAs; quando a constituição for por estabelecimento, cada uma manterá execução e evidências próprias. Prazos legais de eleição, homologação e posse prevalecem sobre a previsão mensal. A assistência e as medidas urgentes de proteção não aguardarão a instalação do colegiado.

Mês	Atividade especifica	Responsáveis	Evidência
M1	Constituir núcleo e consolidar diagnóstico e matriz V.2.12	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M2	Formar acolhimento e classificação de risco por categoria	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M3	Capacitar dor torácica e avaliar ECG e fluxo	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação

M4	Capacitar AVC e simular reconhecimento e transferência	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M5	Capacitar sepse e segurança de antimicrobianos	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M6	Balanço semestral e reavaliação de competências	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M7	Capacitar trauma com simulação de equipe	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M8	Capacitar segurança do trabalho, resíduos e prevenção	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M9	Capacitar segurança do paciente e comunicação	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M10	Capacitar acolhimento, direitos e articulação com a rede	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M11	Repor pendências e reavaliar efetividade no trabalho	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação
M12	Relatório anual, histórico individual e programa seguinte	Coordenação NEPS e instrutores	Plano de aula, frequência e avaliação

Rotina contínua: recebimento de demandas, execução das medidas urgentes e acompanhamento dos encaminhamentos. Rotina mensal: reunião, análise dos dados e verificação das ações, além do tema indicado no mês. No M12, aprovar o calendário do ciclo seguinte, preservando continuidade e mandatos.

4. Indicadores documentos e referências

As metas abaixo são compromissos operacionais propostos para gestão da instância. Complementam os indicadores do contrato e não os substituem. Os resultados serão identificados por UPA; denominador zero será registrado como não aplicável, sem atribuir desempenho de 100%.

Indicador	Calculo ou evidência	Periodicidade e meta
Cobertura por categoria	Profissionais que concluíram ações obrigatórias / profissionais elegíveis da categoria × 100	Mensal; meta 100% no ciclo, com controle dos novos admitidos
Execução do programa	Ações realizadas / ações programadas × 100	Mensal; meta ≥ 90%
Efetividade na prática	Profissionais avaliados que demonstram competência após formação / profissionais avaliados × 100	Avaliação em 30 a 90 dias; meta ≥ 80%, com plano para não conformidades

Documentação mínima para implantação e acompanhamento

• Ato de constituição ou processo eleitoral e documento do conselho, quando exigido, com composição nominal e categorias.

• Regimento aprovado, calendário com datas e comprovação da divulgação aos públicos pertinentes.

• Atas, listas de presença, relatórios, pareceres ou fichas da atividade, conforme o âmbito e o sigilo.

• Plano de ação com responsável e prazo e evidência de execução e verificação do resultado.

Referências normativas e técnicas

Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, Anexo XL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html

Portaria GM/MS nº 1.996/2007. Diretrizes de implementação da PNEPS, na forma consolidada. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

RDC Anvisa nº 63/2011. Qualificação e capacitação dos profissionais dos serviços. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html

3.2. QUALIDADE SUBJETIVA

A qualidade percebida pelos usuários será promovida por meio do acolhimento humanizado, da escuta qualificada e da transparência na gestão das UPAs Norte e Sul. As ações buscarão assegurar informações claras, respeito às necessidades individuais, participação dos usuários na avaliação dos serviços e acesso público aos resultados da parceria.

Esta seção reúne o Manual de Acolhimento com Classificação de Risco — V.2.2, com as rotinas de orientação, apoio psicossocial, acompanhamento e comunicação com usuários e familiares; a Proposta de Ouvidoria e Pesquisa de Satisfação — V.2.3, com os canais de manifestação, os prazos de resposta e a metodologia de avaliação; e o Plano de Publicização das Prestações de Contas e dos Resultados Assistenciais — V.2.4, com os conteúdos, os responsáveis e a periodicidade de divulgação. Esses instrumentos orientarão a identificação de necessidades, o acompanhamento das providências e a melhoria contínua dos serviços.

V.2.2 MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O Manual de Acolhimento com Classificação de Risco orienta as equipes para que a escuta, a comunicação e o respeito às necessidades dos usuários e de suas famílias estejam presentes em todas as etapas do atendimento. Sua adoção estabelece uma referência comum para informar sobre o funcionamento da unidade, explicar as prioridades e a espera, assegurar os direitos dos acompanhantes e oferecer apoio em situações de vulnerabilidade, sofrimento e luto.

Ao definir rotinas e responsabilidades, o manual favorece a continuidade das informações entre profissionais e turnos, reduz barreiras de acesso e fortalece a confiança no serviço. Nas UPAs Norte e Sul, será também um instrumento de capacitação e supervisão das equipes, contribuindo para um atendimento acolhedor, acessível e comprometido com a dignidade, a autonomia e a segurança de cada pessoa.

DIMENSÃO RELACIONAL DO ACOLHIMENTO E CUIDADO AO USUÁRIO E À FAMÍLIA

Manual de Acolhimento com Classificação de Risco

2.2.1. Finalidade e Aplicação

Este manual estabelece as rotinas de escuta, orientação, informação, apoio psicossocial, permanência de acompanhantes e comunicação de notícias difíceis nas UPAs Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar. Aplica-se a todos os trabalhadores e turnos, desde a chegada até a alta, a transferência ou o acolhimento da família após óbito.

O acolhimento é responsabilidade de toda a equipe e acompanha o percurso assistencial. A classificação de risco é uma etapa técnica especifica, realizada por profissional habilitado conforme o protocolo adotado. Este manual disciplina a relação com o usuário e a família; os discriminadores clínicos, algoritmos e condutas técnicas integram o V.1.9. O percurso e as decisões de destino seguem V.1.1; registros e sigilo seguem V.1.4; manifestações e satisfação seguem V.2.3.

A aprovação caberá à gestão da parceria, à direção técnica médica e à responsabilidade técnica de enfermagem, com participação do serviço social, do Núcleo de Segurança do Paciente e alinhamento com a SEMUS. O texto integral apresentado orientará a implantação, a capacitação e a supervisão, com controle de versão e disponibilização às equipes.

2.2.2. Princípios e Responsabilidades

Toda abordagem preservará dignidade, autonomia, privacidade, equidade e não discriminação. O profissional se identificará pelo nome e função, ouvirá a demanda sem julgamentos, verificará necessidades de comunicação e explicará o próximo passo. O usuário será tratado pelo nome de sua preferência, com respeito ao nome social e à sua identidade. Não serão admitidas exposições

desnecessárias, ameaças, culpabilização ou recusa de cuidado por condição social ou dificuldade de comunicação.

A recepção e a portaria orientarão acesso, localização e funcionamento e chamarão a equipe assistencial diante de sofrimento ou sinal de gravidade; não atribuirão cor de risco nem dispensarão usuário por julgamento próprio. O enfermeiro explicará a classificação, supervisionará a vigilância da espera e orientará os cuidados de enfermagem. O médico explicará avaliação, alternativas, prognóstico e decisões clínicas, respeitada a autonomia e a condição de compreensão. O serviço social apoiará necessidades sociais, vínculos e proteção de direitos. A coordenação removerá barreiras e responderá por falhas de organização.

A equipe não condicionará atendimento urgente a documento, comprovante de residência, vínculo municipal, presença de acompanhante ou registro policial. Cadastro e conferências serão realizados com segurança, em paralelo ou após as medidas urgentes quando necessário. Na suspeita de violência, será oferecida escuta protegida, sem repetição desnecessária de relatos, com avaliação clínica e acionamento dos fluxos de proteção pertinentes.

2.2.3. Rotina do Primeiro Contato

Na chegada, o trabalhador perguntará em linguagem simples qual a necessidade, verificará se há dificuldade de locomoção ou comunicação e identificará quem precisa de ajuda imediata. Sinais de gravidade motivarão acionamento imediato do enfermeiro e do médico e acesso à estabilização. A equipe indicará ao acompanhante onde aguardar e quem fornecerá informações, enquanto o cadastro será completado sem retardar o cuidado.

Nos demais casos, a recepção confirmará a identificação e informará o encaminhamento à classificação, a localização das áreas de espera e sanitários e como pedir ajuda. Se o usuário estiver sozinho e necessitar apoio, será acionada a enfermagem; se houver vulnerabilidade social ou ausência de referência familiar,

também o serviço social. Dados clínicos não serão solicitados em voz alta perante outros usuários além do indispensável à segurança inicial.

2.2.4. Informação sobre Prioridade e Tempo de Espera

A orientação inicial esclarecerá que a UPA funciona 24 horas, presta atendimento de urgência, realiza avaliação e cuidados conforme sua capacidade e utiliza a regulação para acesso hospitalar quando necessário. O usuário será informado de que a chamada considera a gravidade, e que a chegada de outra pessoa em condição mais grave pode alterar a fila. A cor organiza a prioridade e não substitui diagnóstico ou garante ausência de risco.

Ao concluir a classificação, o enfermeiro explicará a prioridade, o setor de encaminhamento, a estimativa disponível de espera e os sinais ou mudanças que exigem retorno imediato à equipe. A comunicação será individual e não revelará a classificação de terceiros. O usuário não será orientado a sair sem avaliação médica por ter recebido prioridade de menor urgência.

Prioridade	Referência	Explicação e encaminhamento ao usuário
Vermelha	Atendimento imediato	A equipe inicia o atendimento imediatamente na estabilização;
Laranja	Até 10 minutos	Necessidade de avaliação médica muito urgente, em área com acompanhamento assistencial
Amarela	Até 60 minutos	Atendimento urgente com vigilância e reavaliação enquanto aguarda
Verde	Até 120 minutos	Atendimento conforme prioridade, com acompanhamento da espera e orientação para comunicar piora
Azul	Até 240 minutos	Conforme demonstrado no V.1.1, será adotado limite operacional de até 120 minutos, considerando a Resolução CFM nº 2.079/2014; não haverá dispensa sem avaliação médica

A estimativa será informada como intervalo atualizado a partir da fila da própria prioridade, da capacidade de atendimento e das intercorrências, sem

promessa de horário exato. Tempos-alvo não serão anunciados como tempo que o usuário obrigatoriamente terá de esperar. Quando não for possível estimar com segurança, a equipe explicará a limitação, informará o que está sendo feito e manterá atualização durante a permanência.

2.2.4.1. Atualização durante a espera e resposta a atrasos

A referência da recepção e a enfermagem atualizarão o usuário quando houver mudança relevante da fila, superação da estimativa ou solicitação de esclarecimento. Como rotina institucional proposta, haverá atualização informativa no máximo a cada 30 minutos para quem continuar aguardando, inclusive por comunicação coletiva sobre o funcionamento, complementada por orientação individual quando necessária. Essa rotina não substitui a vigilância clínica.

A enfermagem seguirá os intervalos demonstrados no item V.1.1: reavaliação enquanto não atendido em até dez minutos para laranja, trinta para amarelo e sessenta para verde ou azul, com resposta imediata diante de piora. A atualização informativa de trinta minutos não autoriza aguardar para atender ou reavaliar um caso urgente. A reclassificação manterá o histórico e será explicada ao usuário.

Risco de ultrapassar o tempo-alvo será comunicado à liderança de enfermagem e ao médico de referência, que ajustarão o fluxo e solicitarão apoio à coordenação. Recepção não prometerá vaga hospitalar, prioridade especial fora do protocolo ou resultados ainda não liberados. Exames, medicação, observação e regulação serão explicados como etapas do mesmo atendimento, com indicação de quem acompanhará as pendências.

2.2.5. Apoio Psicossocial ao Usuário e à Família

A escuta identificará sofrimento, medo e barreiras sociais, com acolhimento respeitoso, registro da necessidade e encaminhamento. Choro, raiva e silêncio serão acolhidos sem julgamento, com proteção diante de risco concreto.

O assistente social do plantão será a referência para avaliação social, família e direitos. Médico e enfermagem manterão a avaliação clínica e a segurança.

Situação de acionamento	Profissional de referência	Providência inicial e continuidade
Sofrimento emocional intenso, crise de ansiedade ou reação a notícia difícil	Enfermeiro e médico; serviço social para apoio; psicologia conforme disponibilidade	Acolher em local protegido, avaliar repercussão clínica e segurança, mobilizar pessoa de confiança e definir seguimento
Risco de autoagressão, suicídio, agitação ou desorganização importante	Médico e enfermeiro imediatamente, com serviço social e apoio especializado da rede	Assegurar ambiente protegido e supervisão compatível; avaliar risco, manter cuidado e articular destino assistencial, sem deixar pessoa em risco sem assistência
Violência, negligência, abandono ou suspeita de violação de direitos	Equipe clínica e assistente social; rede de proteção conforme o caso	Separar a escuta de eventual autor da violência, evitar revitimização, cumprir notificações e comunicações devidas e construir saída protegida
Ausência de documentos, dificuldade de comunicação, moradia ou apoio familiar	Recepção, enfermagem e assistente social	Garantir acesso, avaliar barreiras e contatar recursos institucionais e rede; não transferir ao familiar atribuições da equipe
Família sem informação ou em conflito sobre o cuidado	Médico para esclarecimento clínico; enfermeiro e serviço social para mediação	Identificar interlocutor autorizado, esclarecer plano e limites, registrar pactuações e preservar a vontade do usuário capaz
Alta ou transferência com barreira social relevante	Médico, enfermagem e assistente social	Avaliar condições de continuidade, orientar e articular a rede antes da saída, sem alta meramente administrativa

2.2.5.1. Acionamento registro e retorno

Qualquer trabalhador poderá solicitar apoio à enfermagem ou ao serviço social, indicando unidade, localização, necessidade e urgência. A solicitação será registrada no prontuário quando assistencial, com motivo, profissional acionado,

horário e retorno. Situações de risco terão avaliação imediata; as demais serão priorizadas pelo serviço social no próprio plantão, conforme necessidade, sem encerrar o caso apenas com uma recomendação de procurar outro serviço.

A avaliação social identificará rede de apoio, direitos e recursos necessários. Contatos respeitarão consentimento, sigilo e hipóteses legais de proteção. Encaminhamentos à APS, RAPS, assistência social ou proteção de direitos conterão motivo, referência e orientações; risco relevante exigirá articulação direta com o serviço.

Na passagem de plantão, pendências psicossociais terão responsável, providências já realizadas e próximos passos. O usuário e a família receberão retorno sobre o encaminhamento e suas limitações. Demandas clínicas não serão deslocadas à ouvidoria para substituir avaliação; reclamações sobre o serviço poderão ser registradas paralelamente, sem prejuízo do cuidado.

2.2.6. Acompanhantes e Hipóteses de Permanência

A presença de acompanhante será tratada como apoio ao cuidado e exercício de direitos. A equipe perguntará ao usuário quem deseja como acompanhante, verificará as hipóteses aplicáveis e explicará as regras sem criar obstáculos burocráticos. Acompanhante é pessoa de apoio durante o cuidado; visitante realiza visita conforme organização do serviço. A distinção será usada para garantir direitos, e não para restringir acompanhante legal ao horário de visitas.

Público ou situação	Direito e fundamento	Aplicação nas UPAs
Crianças e adolescentes	ECA, art. 12, assegura permanência integral de um dos pais ou responsável na internação; o item 5.2.4 do Termo de Referência assegura acompanhante integral na observação	Garantir presença de pai, mãe ou responsável na observação, com proteção e orientação; não denominar a observação de internação para aplicar a regra

Pessoas idosas	Lei nº 10.741/2003, art. 16, assegura acompanhante na internação ou observação, com condições adequadas para permanência integral	Autorizar e acomodar; impossibilidade de permanência deve ser justificada por escrito pelo profissional responsável pelo tratamento
Pessoas com deficiência	Lei nº 13.146/2015, art. 22, assegura acompanhante ou atendente pessoal na internação ou observação	Garantir permanência integral e condições adequadas; impossibilidade requer justificativa escrita e medidas para suprir a ausência
Gestantes em observação	Garantia expressa do item 5.2.4 do Termo de Referência	Permitir acompanhante em tempo integral; atendimento de urgência e encaminhamento não serão condicionados à sua presença
Mulheres em consultas, exames e procedimentos	Lei nº 8.080/1990, art. 19-J, com redação da Lei nº 14.737/2023	Garantir pessoa maior de idade de livre indicação durante o atendimento, independentemente de aviso prévio, e divulgar o direito em local visível
Pessoas com prioridade legal que necessitem de apoio	Lei nº 10.048/2000, com alterações, assegura atendimento conjunto e acessório de acompanhantes e atendentes pessoais	Permitir o suporte necessário à comunicação, mobilidade e efetivação da prioridade, sem tratar o acompanhante como novo usuário da fila

2.2.6.1. Identificação acomodação e orientação

A recepção ou referência assistencial registrará nome, vínculo informado e contato do acompanhante, com identificação de acesso e indicação de quem poderá receber informações, conforme a vontade do usuário e as regras legais. Falta de documento no primeiro momento não atrasará atendimento urgente nem justificará separação automática de criança ou pessoa dependente de apoio.

Como organização usual, haverá um acompanhante de referência por usuário, com substituição quando necessária. Essa regra administrativa será flexibilizada em situações de dependência, comunicação ou proteção e não reduzirá direitos assegurados. Acompanhante não precisará ser familiar quando a lei admitir pessoa de livre indicação. O fato de o pai ou a mãe ser adolescente não determinará exclusão automática de sua participação no cuidado da criança.

2.2.6.2. Acomodação e permanência segura

A unidade disponibilizará assento adequado e orientação sobre sanitários, higiene das mãos, circulação, troca de acompanhante, contato da equipe e apoio a necessidades básicas. Na observação, serão organizadas condições para permanência integral nos casos assegurados, preservando acesso aos equipamentos e rotas de emergência. A inexistência momentânea de assento não será usada como motivo genérico para negar o direito; a coordenação providenciará a solução.

2.2.6.3. Condutas segurança e restrições individualizadas

O acompanhante receberá orientação para higienizar as mãos, seguir precauções e equipamentos de proteção indicados, respeitar os demais usuários, manter o espaço organizado e solicitar ajuda para mobilização ou desconforto. Não manipulará bombas, oxigênio, dispositivos ou medicamentos; não oferecerá alimentação, líquidos ou medicação ao usuário sem verificar a orientação assistencial. Sua presença não substituirá profissionais, vigilância de enfermagem ou cuidados que competem ao serviço.

Fotografia, gravação e circulação deverão preservar a intimidade de terceiros e a segurança do atendimento. Será vedada exposição de outros usuários, trabalhadores ou documentos sem fundamento e autorização pertinentes. A equipe explicará a necessidade de privacidade em linguagem respeitosa, sem recolher aparelho ou ameaçar o cidadão como resposta automática a uma reclamação.

Trocas serão registradas e organizadas para manter a continuidade do apoio. Procedimentos íntimos utilizarão privacidade, comunicação prévia e consentimento conforme a situação. A equipe explicará eventual necessidade de afastamento temporário, avaliará alternativa segura e restabelecerá a presença tão logo seja possível. O usuário capaz poderá solicitar momento reservado ou recusar determinada presença, com atenção às situações de proteção e às hipóteses legais específicas.

Restrições serão excepcionais, individualizadas, proporcionais e vinculadas a razão clínica, sanitária ou de segurança demonstrável. O profissional responsável registrará motivo, duração prevista, alternativas oferecidas e reavaliação; a coordenação será acionada para solucionar o impedimento. Não haverá proibição geral por ser sala vermelha, por rotina de troca de plantão ou por falta de pessoal. Situação emergencial poderá exigir intervenção imediata para proteger a vida, com explicação ao acompanhante assim que possível.

Comportamento que represente ameaça concreta será manejado inicialmente por comunicação e desescalada, com apoio da liderança e da segurança quando necessário. A medida deverá atingir a situação de risco, com busca de substituto ou apoio institucional para o usuário, sem puni-lo com perda do cuidado. Suspeita de violência praticada pelo acompanhante motivará proteção e acionamento da rede competente, sem exigir que o usuário relate o fato diante do possível agressor.

2.2.6.4. Direito da mulher e situações de sedação

A equipe informará às mulheres o direito a acompanhante maior de idade em consultas, exames e procedimentos e perguntará quem desejam indicar. A identidade escolhida será registrada, preservando o sigilo. Se houver impossibilidade de manifestação da vontade, será observada a indicação do representante legal nos termos da lei. O aviso sobre esse direito permanecerá visível na unidade.

Em atendimento com sedação ou rebaixamento da consciência, se a paciente não indicar acompanhante, a unidade indicará pessoa para acompanhá-la, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo, permitindo recusa do nome e indicação de outro, com registro. Não se presumirá renúncia pela ausência de familiar. A eventual renúncia em atendimento com sedação seguirá a forma escrita e os requisitos do art. 19-J da Lei nº 8.080/1990, inclusive com antecedência mínima legal de 24 horas, quando

aplicável; não será colhida renúncia improvisada para contornar a proteção em uma urgência.

A ausência de acompanhante não impedirá medidas urgentes de defesa da saúde e da vida. A equipe atuará e organizará a proteção compatível com a situação, registrando os fatos. As exceções legais de centro cirúrgico ou UTI não serão transpostas automaticamente à UPA para instituir proibição genérica. Demandas de acesso a referência obstétrica ou a outro recurso hospitalar seguirão a regulação, com comunicação e continuidade do apoio familiar.

2.2.7. Atendimento Específico e Prioridades Legais

As prioridades legais orientarão recepção, informação, acessibilidade e organização do atendimento, preservando a classificação por gravidade nas urgências. Entre usuários com necessidade clínica equivalente, serão observadas as preferências legais pertinentes. A equipe não utilizará uma fila exclusivamente cronológica nem prometerá precedência absoluta sobre pessoa em emergência por idade, documento de prioridade ou vínculo familiar.

A Lei nº 10.048/2000, atualizada, abrange pessoas com deficiência, autistas, pessoas com 60 anos ou mais, gestantes, lactantes, pessoas com criança de colo, obesos, pessoas com mobilidade reduzida e doadores de sangue. Os doadores exercem prioridade após os demais grupos legais, mediante comprovante válido por 120 dias. A explicação dessas regras não atrasará o reconhecimento e o atendimento de quem apresente risco clínico.

2.2.7.1. Pessoas idosas

A equipe verificará necessidades de locomoção, audição, visão, compreensão, autonomia e apoio. Falará diretamente com a pessoa, com ritmo adequado, sem infantilização nem atribuição automática de incapacidade à idade. Confirmará a compreensão e a pessoa de confiança autorizada a receber informações. Queda, confusão ou alteração do comportamento serão comunicadas

à equipe clínica, sem presumir que sejam características naturais do envelhecimento.

Será observada preferência especial dos maiores de 80 anos sobre as demais pessoas idosas, ressalvada a emergência e respeitada a gravidade assistencial. O acompanhante será orientado sobre prevenção de quedas, deslocamento assistido e como pedir ajuda. Barreiras para alta ou suspeita de negligência, violência ou abandono motivarão avaliação do serviço social e as comunicações e medidas de proteção cabíveis.

2.2.7.2. Crianças e adolescentes

A criança ou adolescente será acolhido juntamente com sua referência de cuidado, respeitada sua segurança. A equipe adequará a linguagem à idade, explicará antes de tocar ou realizar procedimento e procurará reduzir medo e separações desnecessárias. Dor ou choro não serão usados como justificativa para censura; a equipe assistencial avaliará a necessidade de intervenção e de conforto.

A ausência do responsável não impedirá atendimento urgente. A equipe identificará contatos, acionará o serviço social e a rede de proteção quando necessário, sem deixar a criança desacompanhada de suporte institucional. No atendimento ao adolescente, haverá oportunidade de escuta reservada conforme discernimento, necessidade e proteção, com esclarecimento dos limites do sigilo e compartilhamento necessário diante de risco ou obrigação legal. O acompanhante não receberá automaticamente toda informação confidencial sem avaliação do caso.

2.2.7.3. Pessoas com deficiência autismo e comunicação complexa

A equipe perguntará à própria pessoa como prefere se comunicar e qual apoio necessita, respeitando sua autonomia e mantendo o acompanhante como suporte. Serão utilizados linguagem simples, escrita, leitura ampliada, pictogramas e pranchas de comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia, com

acesso a Libras ou recurso institucional de interpretação conforme a necessidade. Crianças não serão utilizadas como intérpretes de notícias clínicas difíceis.

Pessoas autistas ou com hipersensibilidade poderão receber acomodação em ambiente de menor estímulo quando disponível e seguro, previsibilidade das etapas e tempo para resposta. Não se exigirá contato visual nem se interpretará comunicação atípica como recusa automática. Deficiência ou necessidade de apoio não será confundida com incapacidade decisória. A avaliação e os ajustes serão registrados para continuidade entre setores e turnos.

As equipes serão capacitadas no uso dos recursos de comunicação, em coerência com a Lei nº 13.146/2015 e a alteração pela Lei nº 15.249/2025. Barreiras arquitetônicas ou tecnológicas serão comunicadas à coordenação com solução assistida imediata possível e plano de adequação, sem recusa do atendimento.

2.2.8. Comunicação de Notícias Difíceis

Notícias sobre agravamento, diagnóstico relevante, necessidade de procedimento de maior risco, transferência e possibilidade de morte serão comunicadas pelo médico responsável no que se refere ao conteúdo clínico, com apoio da enfermagem e do serviço social. Cada profissional esclarecerá os aspectos de sua competência, sem antecipar conclusões não confirmadas ou atribuir a recepcionistas e vigilantes a transmissão do prognóstico.

Antes da conversa, o médico confirmará identidade, informações clínicas disponíveis, grau de certeza e próximos passos. Verificará quem o usuário deseja presente e sua preferência quanto ao recebimento de informações, respeitada sua autonomia e os deveres profissionais. Familiares não receberão o diagnóstico antes do usuário capaz por regra automática. A equipe não prometerá cura, vaga, prazo ou desfecho que não possa assegurar.

2.2.8.1. Rotina de comunicação e acolhimento

Preparar o ambiente. A conversa ocorrerá em espaço reservado, sem interrupções evitáveis e com assentos, preservando outros usuários. O profissional se apresentará e confirmará a relação dos presentes com a pessoa atendida. Havendo barreira linguística ou de comunicação, providenciará apoio antes de informações complexas, sem expor o conteúdo a pessoas não autorizadas.

Conhecer a compreensão. O médico perguntará o que a pessoa e a família já sabem e quais são suas principais dúvidas. Identificará expectativas, preferências e possibilidade de compreensão, sem exigir que o usuário conheça termos técnicos ou reproduza toda a história para receber uma resposta.

Informar de modo progressivo. O profissional avisará que precisa conversar sobre uma mudança importante e transmitirá fatos em frases curtas, com palavras compreensíveis. Distinguirá informação confirmada de hipótese e explicará o que será feito. Evitará excesso de termos técnicos e fornecerá oportunidade de perguntas entre as informações.

Acolher as reações. Haverá tempo para silêncio, choro e expressão de sentimentos. O profissional reconhecerá o sofrimento sem minimizar, julgar ou impor crenças. Reações de raiva serão manejadas com escuta e proteção; risco de agressão ou de autoagressão acionará a equipe clínica e o apoio institucional, sem abandono da pessoa.

Construir o plano. A conversa terminará com o resumo da situação, cuidados atuais, decisões necessárias, responsável de referência e previsão de nova atualização. Em transferência, serão explicados motivo, regulação, transporte e destino confirmado, distinguindo o que já está definido do que depende de resposta externa.

Confirmar e registrar. O profissional pedirá que a pessoa relate, com suas palavras, o que compreendeu, e corrigirá dúvidas sem testar ou constrangê-la. Registrará data, horário, participantes, conteúdo essencial, decisões, dúvidas pendentes e apoio acionado. A equipe combinará quem dará a próxima informação para reduzir mensagens divergentes.

A rotina se inspira em orientações de comunicação estruturada, incluindo a abordagem SPIKES utilizada em referências do Ministério da Saúde. Sua aplicação será flexível à situação e à vontade do usuário; a sequência não substituirá sensibilidade profissional nem justificará retardar comunicação necessária.

2.2.8.2. Informação durante observação ou espera de transferência

O médico e a enfermagem oferecerão atualização na admissão em observação, nas mudanças relevantes, após decisões clínicas e na passagem de responsabilidade. O acompanhante autorizado saberá quem procurar e quando haverá nova informação. As informações serão coerentes entre setores, com esclarecimento de pendências de exames ou da regulação. Conversas clínicas não ocorrerão em corredor aberto ou por exposição de telas a outros usuários.

2.2.9. Comunicação de Óbito e Apoio ao Luto

O óbito será constatado pelo médico e registrado conforme o fluxo assistencial. Antes de comunicar, a equipe conferirá cuidadosamente identidade da pessoa falecida e legitimidade dos contatos, reunirá as informações necessárias e organizará ambiente reservado. A comunicação será feita pelo médico, preferencialmente com presença de enfermagem e serviço social para suporte, sem transferir a notícia a pessoal administrativo por conveniência.

O médico informará a morte de maneira clara, respeitosa e sem expressões ambíguas que possam sugerir recuperação. Explicará o que ocorreu dentro das informações confirmadas e as medidas realizadas, permitindo perguntas e pausas. Não especulará sobre causa não estabelecida ou responsabilidade de terceiros. A família receberá orientações repetidas quando necessário, considerando o impacto emocional e sem exigir decisão imediata sobre questões não urgentes.

Após a notícia, a equipe oferecerá apoio, verificará se a pessoa está sozinha e se deseja contatar alguém de confiança, e avaliará sinais de sofrimento que exijam cuidado clínico. Serão respeitadas crenças, práticas culturais e pedido de assistência espiritual quando compatíveis com segurança e normas, sem

imposição religiosa. A despedida será facilitada nas condições clínicas, sanitárias e médico-legais cabíveis, com explicação de eventual limite.

O serviço social orientará os procedimentos administrativos e a rede de apoio e verificará barreiras sociais; a enfermagem organizará identificação e cuidados com o corpo e a entrega protocolada de pertences. O médico esclarecerá as regras de emissão da Declaração de Óbito e o encaminhamento médico-legal quando aplicável, sem prometer documento ou causa de morte fora de sua competência. Informações sobre remoção e providências serão entregues por escrito quando disponíveis.

Não será utilizada mensagem eletrônica impessoal para anunciar morte. Se a comunicação presencial não for possível ou houver necessidade de contato remoto, o médico organizará comunicação individual segura, com conferência de identidade e de que o interlocutor está em condição de receber a notícia, apoio local quando possível e registro do motivo e do conteúdo comunicado. Contatos sem sucesso serão registrados e persistirão pelos meios institucionais pertinentes, preservando o sigilo.

2.2.9.1. Perdas gestacionais fetais e neonatais

Nos atendimentos de perda gestacional ou óbito fetal ou neonatal, a equipe adotará acolhimento específico, respeitando o vínculo e o luto independentemente da configuração familiar. Sempre que possível e seguro, evitará exposição desnecessária a situações que ampliem sofrimento, com ambiência protegida e apoio à pessoa que gesta, sua parceria e família. Não minimizará a perda nem imporá forma de vivenciar o luto.

Serão observadas as diretrizes da Lei nº 15.139/2025 e da Portaria GM/MS nº 10.273, de 26 de fevereiro de 2026, nas disposições aplicáveis ao atendimento e à articulação em rede. A equipe facilitará orientação e encaminhamento psicossocial após a saída, conforme necessidade. Isso não pressupõe funcionamento de maternidade ou serviço especializado de luto na UPA; os recursos adicionais serão articulados à rede de referência.

2.2.10. Registros Passagem do Cuidado e Reclamações

Serão documentados necessidades de comunicação, acompanhante autorizado, orientações relevantes, compreensão, apoio psicossocial, decisões sobre permanência e eventuais restrições fundamentadas, notícias difíceis e encaminhamentos. Dados pessoais serão limitados à finalidade e protegidos segundo V.1.4. A passagem de plantão identificará usuário e família que necessitem de nova informação, apoio ou providência pendente, com responsável definido.

Discordâncias sobre espera, acompanhante ou comunicação receberão escuta da liderança assistencial e apoio do serviço social quando pertinente. O usuário poderá registrar manifestação na ouvidoria pelos canais indicados no item V.2.3, com informação sobre acompanhamento e prazo contratual de resposta, sem aguardar a ouvidoria para corrigir necessidade assistencial imediata ou negar o direito de reclamar.

2.2.11. Acessibilidade física e comunicação acessível

O IBSAÚDE assegurará condições de acessibilidade no atendimento das UPAs Norte e Sul, contemplando pessoas com deficiência, mobilidade reduzida e pessoas idosas, conforme o item 5.9 do Termo de Referência, incluído pela Errata nº 001/2026.

2.2.11.1. Conservação e desobstrução dos recursos físicos

Os recursos de acessibilidade existentes serão mantidos em condições de uso, desobstruídos e sinalizados, incluindo rampas, corrimãos, sanitários adaptados, vagas reservadas e sinalização tátil e visual.

A organização dos ambientes impedirá o armazenamento de materiais, posicionamento de mobiliário ou estacionamento indevido que comprometam esses recursos e as rotas de circulação. Os sanitários adaptados permanecerão disponíveis para sua finalidade, preservando as condições de acesso e utilização.

A coordenação administrativa realizará verificações diárias das condições de circulação e acessibilidade. Obstruções serão removidas prontamente; danos e falhas serão registrados e encaminhados à manutenção, com prioridade conforme o risco. Durante a correção, serão adotadas alternativas seguras de acesso e apoio ao usuário.

Necessidades de intervenção estrutural que ultrapassem a manutenção de rotina serão documentadas e comunicadas à SEMUS, observada a distribuição de responsabilidades da parceria.

2.2.11.2. Sistema de senhas acessível

O sistema de senhas contará com recursos visuais e sonoros complementares, permitindo sua utilização por pessoas com deficiência auditiva e visual.

A chamada visual apresentará a senha e o local de atendimento de forma legível, com contraste e posicionamento que favoreçam a visualização. A chamada sonora identificará verbalmente a senha e o destino, permitindo compreender o encaminhamento sem depender da leitura do painel.

A recepção identificará necessidades adicionais de comunicação e prestará orientação individualizada. Na indisponibilidade do sistema, será mantida chamada assistida, com comunicação visual e verbal e acompanhamento do usuário quando necessário.

Os recursos de chamada serão testados na implantação e verificados diariamente. Falhas terão registro e acionamento do suporte, com manutenção do atendimento por procedimento de contingência.

2.2.11.3. Prioridade, acompanhamento e qualificação das equipes

As prioridades legais serão asseguradas sem prejuízo da precedência determinada pela classificação de risco. As informações serão prestadas em linguagem simples, respeitando a autonomia, a privacidade e as necessidades de compreensão do usuário.

Será assegurado o direito a acompanhante nas hipóteses previstas no Termo de Referência e na legislação aplicável.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde incluirá capacitação sobre atendimento acessível, comunicação com pessoas com deficiência, apoio à mobilidade e atendimento às pessoas idosas.

A gestão acompanhará as verificações, os chamados de manutenção e suporte, as manifestações dos usuários e as capacitações, registrando as medidas adotadas para corrigir barreiras identificadas.

2.2.12. Implantação Supervisão e Revisão do Manual

Antes do início da operação, as equipes serão orientadas sobre este manual, os locais de escuta reservada, os recursos de comunicação, a identificação dos responsáveis e os contatos institucionais e da rede de apoio. A direção técnica, a enfermagem e o serviço social validarão a rotina local em cada UPA, sem reduzir direitos por diferença de estrutura. O manual ficará acessível em meio institucional e cópia de consulta nos setores.

A educação permanente, articulada à IBEscola, contemplará orientação de filas, acessibilidade, acompanhantes, desescalada de conflitos, apoio em crise, notícias difíceis e luto. Haverá simulação de situações críticas e orientação de novos trabalhadores. A atividade terá presença, conteúdo, avaliação e registro das melhorias necessárias; informações de casos reais serão protegidas.

A coordenação verificará mensalmente manifestações sobre tratamento e informação, reclamações de acompanhantes, registros de restrição, encaminhamentos psicossociais e resultados setoriais da pesquisa de satisfação. Indicadores internos incluirão proporção de restrições com justificativa registrada, demandas psicossociais com retorno documentado e adequação da comunicação conforme revisão de casos. Metas internas serão pactuadas pela gestão e não substituirão os indicadores contratuais.

Falhas terão providência, responsável e prazo de correção, com verificação de efetividade. Casos graves serão comunicados imediatamente às instâncias

assistenciais e de segurança pertinentes. O manual será revisto anualmente e sempre que houver mudança normativa, determinação da SEMUS, alteração do serviço ou necessidade identificada pela análise dos casos, com nova versão e orientação às equipes.

V.2.3. PROPOSTA DE OUVIDORIA E PESQUISA DE SATISFAÇÃO

2.3.1. Finalidade Organização e Acesso

A escuta dos usuários das UPAs Norte e Sul será estruturada por ouvidoria própria, articulada à Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde e apoiada em pesquisa de satisfação pós-atendimento. O serviço receberá reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e pedidos de informação, acompanhará seu tratamento e informará as providências, utilizando os resultados para corrigir falhas e qualificar o cuidado.

O IBSAÚDE designará responsável pela ouvidoria da parceria, com substituto, e referência operacional em cada UPA. O responsável terá acesso à gestão e às lideranças técnicas para obter respostas e acompanhar soluções, com alternativa de encaminhamento direto à instância institucional competente quando a manifestação envolver a própria chefia. A equipe será capacitada em escuta, acessibilidade, sigilo, não discriminação, proteção contra retaliação e reconhecimento de situações urgentes.

O atendimento não dependerá de manifestação prévia à chefia da unidade, de justificativa para reclamar ou de participação na pesquisa. A utilização dos canais próprios não limitará o acesso direto à Ouvidoria Municipal, ao SUS ou aos órgãos competentes. Demandas clínicas urgentes identificadas durante a escuta serão encaminhadas imediatamente à equipe assistencial; a ouvidoria não substituirá a classificação de risco nem o atendimento de emergência.

2.3.2. Canais de Recebimento

Canal	Funcionamento proposto	Registro e acessibilidade
Presencial	Escuta reservada pela referência da unidade em dias úteis, das 8h às 17h; recepção de manifestações por equipe orientada nos demais horários, 24 horas por dia	Relato verbal reduzido a termo e conferido com o usuário; formulário simplificado e urna lacrada, recolhida diariamente, com proteção contra acesso indevido
Telefônico	Linha institucional identificada para cada UPA, com atendimento pela ouvidoria em dias úteis, das 8h às 17h; fora desse período, equipe de plantão receberá e registrará a manifestação	Protocolo e registro do relato; retorno pelo canal escolhido; não se exigirá deslocamento presencial para confirmar a reclamação
Eletrônico	Formulário web acessível por link e QR Code, disponível continuamente, e endereço eletrônico institucional da ouvidoria	Confirmação de recebimento e acompanhamento por protocolo; alternativa assistida para quem não utiliza internet ou tem dificuldade de leitura
Correspondência e manifestações encaminhadas	Recebimento na unidade ou pelo canal formal de interlocução com a SEMUS	Digitalização e registro no mesmo controle, preservando data original, origem e protocolo externo

Os números, endereços eletrônicos e links próprios serão formalizados e divulgados antes do início da operação; não serão apresentados como canais já implantados. Cartazes na recepção e na saída informarão canais, horários, prazo de resposta, gratuidade e possibilidade de atendimento acessível. Haverá apoio ao registro para pessoas com deficiência, baixa escolaridade ou barreira de comunicação, preservando autonomia e privacidade.

Serão acolhidos relatos anônimos para análise quando houver elementos suficientes, sem exigir identificação indevida. Para manifestações identificadas, os dados coletados serão os necessários à análise e ao retorno. A identidade será protegida; o usuário não precisará informar dados clínicos em mural, caixa aberta ou formulário publicamente acessível.

2.3.3. Fluxo de Tratamento e Prazos

Toda manifestação recebida será registrada com protocolo único, unidade, data e hora de entrada, canal, tipo, assunto, síntese, responsável, prioridade e prazo. Quando originada na Ouvidoria Municipal, conservará também o protocolo externo. A confirmação informará como acompanhar o caso, sem expor o relato a terceiros. Manifestações verbais serão registradas sem exigir que o usuário redija documento.

A referência realizará triagem para identificar urgência, competência e necessidade de proteção. Risco assistencial atual será comunicado imediatamente ao médico ou enfermeiro; suspeita de evento adverso será articulada ao Núcleo de Segurança do Paciente; situações de integridade terão encaminhamento à instância competente, com sigilo e proteção contra retaliação. Obrigações de notificação ou comunicação legal seguirão seus próprios prazos, sem aguardar o encerramento da ouvidoria.

A manifestação será encaminhada à área responsável, com prazo interno e acesso apenas às informações necessárias. A área analisará fatos e registros, apresentará esclarecimentos e indicará providências, responsável e prazo de execução. A ouvidoria verificará se a resposta enfrenta o problema relatado e solicitará complementação quando necessário. A área implicada não encerrará unilateralmente denúncia que demande apuração por instância independente.

Etapa	Prazo adotado	Responsável e resultado esperado
Protocolo e confirmação	Imediatos no recebimento assistido ou eletrônico; urnas recolhidas e registradas diariamente	Referência da UPA ou sistema; comprovante e orientação de acompanhamento
Triagem e encaminhamento	Imediatos em situação de risco; demais casos até 1 dia útil do recebimento	Ouvidoria; prioridade, área responsável e prazo definidos
Informações da área técnica	Até 5 dias corridos, como prazo interno, ou antes quando necessário para cumprir a requisição	Liderança da área; esclarecimento, evidências e plano de providências

Resposta ao usuário	Até 15 dias corridos do recebimento para esclarecimentos e reclamações relativas ao serviço, mesmo padrão adotado para as demais manifestações próprias, ressalvados prazos específicos menores	Responsável pela ouvidoria, com validação técnica quando necessária; resposta fundamentada e compreensível
Demandas da Ouvidoria Municipal e de órgãos competentes	Prazo fixado na requisição ou legalmente aplicável; encaminhamento interno imediato	Ouvidoria e gestão; subsídio ou resposta pelo fluxo oficial, sem reiniciar a contagem
Acompanhamento das providências	Até sua conclusão, com atualização ao usuário quando houver etapa pendente	Área executora e ouvidoria; comprovação da execução e verificação do resultado

O prazo de 15 dias corridos do edital será preservado. A regra geral de 30 dias, prorrogáveis uma vez por igual período mediante justificativa, prevista na Lei nº 13.460/2017 para a resposta da ouvidoria pública, não será utilizada para ampliar o prazo contratual do IBSAÚDE. Solicitação de complemento ou encaminhamento a outra área não reiniciará automaticamente a contagem.

Se a providência material demandar execução posterior, a resposta no prazo informará a análise, o que foi decidido, o que já foi realizado, o responsável e o cronograma. O caso permanecerá acompanhado; resposta enviada não será confundida com problema resolvido. Atrasos serão escalonados à gestão antes do vencimento e registrados, sem tratar mera confirmação automática como resposta conclusiva.

2.3.4. Articulação com a Ouvidoria Municipal e Relatórios

Será pactuado com a Ouvidoria da SEMUS um fluxo de interlocução, com referências titular e substituta, canal seguro, classificação de assuntos e forma de remessa e retorno. O IBSAÚDE receberá demandas encaminhadas pelo Município, fornecerá subsídios e evidências e acompanhará a resposta institucional, sem substituir a atribuição da ouvidoria pública. Casos fora da competência da unidade

serão encaminhados pelo fluxo pactuado, com ciência ao usuário quando possível, sem exigir novo registro do cidadão.

O usuário poderá procurar diretamente a Ouvidoria da Saúde. Como referência de divulgação municipal consultada[3], a publicação oficial de 17 de abril de 2026 informa 0800-030-1515, (63) 3212-7811 e (63) 3212-7900, além de ouvidoriadepalmas@gmail.com. Esses contatos serão confirmados com a SEMUS antes da impressão dos materiais e mantidos atualizados. Os canais municipais não serão apresentados como canais próprios do IBSAÚDE; documentos sensíveis serão remetidos pelo meio seguro pactuado para cada finalidade.

A ouvidoria produzirá relatório mensal, separado por UPA, encaminhado à Ouvidoria da SEMUS até o dia 10 do mês subsequente, como compromisso operacional proposto. O conteúdo integrará os relatórios de execução encaminhados à Superintendência de Atenção Especializada, observando o calendário do Anexo VIII do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, inclusive a entrega até o dia 20 do mês subsequente. Haverá consolidação trimestral das manifestações e da pesquisa, e síntese anual de recorrências, providências e resultados para subsidiar a gestão e a prestação de informações públicas.

Cada relatório apresentará quantitativo por canal, tipo, assunto e setor; manifestações abertas, respondidas, concluídas e vencidas; tempo de resposta; cumprimento do prazo; recorrências; providências executadas e pendentes; responsáveis e cronogramas. Pendências de meses anteriores permanecerão visíveis até a solução. A contagem distinguirá novo caso de complemento ou registro do mesmo fato em outro canal, evitando inflar ou ocultar o volume.

Casos urgentes, graves ou com obrigação legal de comunicação serão compartilhados imediatamente, sem aguardar o relatório mensal. Serão realizadas reuniões mensais internas de análise, e interlocução com a SEMUS na periodicidade pactuada, com apresentação trimestral dos resultados à Comissão

---

[3] Disponível em https://www.palmas.to.gov.br/core/noticias/ouvidoria-municipal-da-saude-e-canal-aberto-para-populacao/

de Monitoramento e Avaliação. O envio será protocolado, com controle de recebimento e registro das orientações e devolutivas.

2.3.5. Proteção dos Dados e Separação dos Registros

Os registros da ouvidoria terão acesso restrito, trilha de consulta e envio seguro. A identidade do manifestante e dados clínicos serão compartilhados apenas quando necessários e com fundamento e autorização aplicáveis. Denúncias e informações sensíveis terão tramitação protegida. Não será exigido acesso ao relato por toda a equipe ou pela pessoa denunciada para admitir o registro.

O tratamento seguirá a LGPD ,com Município controlador e IBSAÚDE operador no âmbito da parceria. Registros de manifestação e respostas serão separados do prontuário; se o relato revelar informação necessária à assistência, o profissional competente registrará no prontuário apenas o conteúdo clínico pertinente. As regras de guarda, acesso e incidentes serão coerentes com V.1.4 e V.1.8.

A pesquisa não exigirá nome, CPF, telefone ou diagnóstico no questionário. Para controle de elegibilidade e duplicidade, será usado código aleatório por episódio, com eventual correspondência mantida separadamente e sob acesso restrito; por isso, não se prometerá anonimato absoluto quando houver possibilidade de vinculação. A análise e a divulgação utilizarão dados desidentificados. Pedido de contato será feito por canal separado da pesquisa, de forma voluntária.

2.3.6. Metodologia da Pesquisa de Satisfação

O modelo normatizado será submetido à aprovação prévia da SEMUS, e o instrumento e a metodologia de amostragem serão submetidos à Comissão de Monitoramento e Avaliação antes da primeira aplicaçã,. Não haverá alteração no curso do exercício sem manifestação da Comissão. A versão do formulário, o plano amostral e as orientações de coleta serão controlados e preservados.

A coleta será contínua, após o atendimento, em todos os dias e turnos, com acompanhamento mensal e apuração contratual trimestral, individualizada por UPA. A participação será voluntária e não influenciará o atendimento. O convite ocorrerá em condição clínica e emocional apropriada, sem interromper cuidados ou transferências urgentes. A equipe de coleta não será o profissional diretamente avaliado sempre que possível, e não orientará a escolha de respostas.

2.3.6.1. Universo e seleção da amostra

O universo será o número de atendimentos realizados em cada UPA no trimestre, conciliado com a produção e a definição homologada pela Comissão. Não serão somados atos de reavaliação ou procedimentos como se fossem novos atendimentos para inflar a base. O plano conterá critérios de elegibilidade e tratamento das situações em que não houver condição de resposta, mantendo o denominador contratual e registrando as limitações.

A amostra mínima será calculada por n mínimo = arredondamento para cima de 0,05 × N, em que N é o total de atendimentos da UPA no período e n é o número de respostas válidas à questão global. A meta será atingir pelo menos 5% em cada UPA, sem compensação entre unidades. Questionários apenas distribuídos, recusas ou respostas inválidas não contarão para atingir esse mínimo.

Como proposta inicial, haverá seleção sistemática de um a cada dez episódios, com início aleatório e distribuição proporcional entre dias da semana e turnos, planejada a partir da produção. O convite a aproximadamente 10% dos atendimentos criará margem para recusas, sem presumir que toda abordagem produza resposta válida. A coordenação verificará semanalmente cobertura e não resposta por estrato; se necessário, ampliará prospectivamente a fração de seleção nos estratos insuficientes, segundo regra previamente aprovada, sem escolher usuários por sua provável avaliação ou excluir respostas negativas.

O formulário será oferecido em papel, dispositivo institucional ou link individualizado. QR Code aberto poderá receber opiniões espontâneas, mas estas serão analisadas separadamente e só integrarão o IN 2.5 se cumprirem a seleção,

elegibilidade e controle previstos no plano aprovado. Não se utilizará exclusivamente pesquisa espontânea por QR Code como comprovação de representatividade.

Na pediatria, poderá responder o responsável que acompanhou o atendimento. O tratamento de respostas por representante de usuário sem condições de responder será previamente submetido à Comissão e identificado na base; avaliações de acompanhantes sobre sua própria experiência serão complementares e não misturadas automaticamente ao indicador do usuário. Recusas serão respeitadas e registradas apenas para controle agregado da amostragem, sem insistência ou prejuízo assistencial.

2.3.6.2. Apuração e validação do indicador IN 2.5

A questão 1 do instrumento será a medida global: índice de satisfação = 100 × respostas "bom" ou "ótimo" na questão 1 ÷ total de respostas válidas à mesma questão. A meta é igual ou superior a 80%. As questões setoriais apoiarão melhorias e não serão somadas ao denominador nem convertidas em média para substituir a avaliação global.

Serão excluídas respostas em branco, ilegíveis, com múltiplas marcações na mesma questão global ou coletadas fora do período. Duplicidades e casos não elegíveis serão identificados conforme o plano aprovado. Falha em questão setorial opcional não invalidará automaticamente uma resposta global válida. A base preservará a quantidade e os motivos das exclusões. Resultado inferior à amostra mínima será informado e saneado durante a coleta, sem completar formulários artificialmente ou presumir validade contratual.

2.3.7. Instrumento Proposto para Aprovação Prévia

PESQUISA DE SATISFAÇÃO PÓS ATENDIMENTO

UPA: ( ) Norte — José de Souza Dourado ( ) Sul — Gerson Pires de Aguiar
Data da resposta: ____ / ____ / _____ Turno do atendimento: ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite

Respondente: ( ) usuário ( ) responsável por criança ( ) representante conforme metodologia aprovada

Sua participação é voluntária e não altera seu atendimento. Não escreva nome, documento ou diagnóstico neste formulário. Marque uma única opção em cada pergunta. Se não utilizou uma etapa, marque "não se aplica". A questão 1 avalia o atendimento de forma geral e será utilizada no indicador de satisfação.

Questão 1 Avaliação global do atendimento recebido nesta UPA
( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

Questão 2 Recepção e informações iniciais
Como avalia o atendimento na recepção e as informações sobre o funcionamento da unidade?
( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( ) Não se aplica

Questão 3 Acolhimento e classificação de risco
Como avalia a escuta e as explicações recebidas na classificação de risco?
( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( ) Não se aplica

Questão 4 Atendimento médico

Como avalia a atenção, o respeito e a clareza das informações no atendimento médico?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( ) Não se aplica

Questão 5 Cuidados de enfermagem

Como avalia a atenção e as orientações da equipe de enfermagem?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( ) Não se aplica

Questão 6 Atendimento na medicação

Como avalia o atendimento durante a administração de medicamentos?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( ) Não se aplica

Questão 7 Atendimento nos exames

Como avalia o atendimento para realização dos exames que utilizou?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( ) Não se aplica

Questão 8 Demais procedimentos e atendimentos utilizados

Como avalia os demais procedimentos ou atendimentos específicos que utilizou?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( ) Não se aplica

Questão 9 Orientações ao final do atendimento

Como avalia a clareza das orientações sobre seus cuidados, retorno ou encaminhamento?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( ) Não se aplica

Questão 10 Condições do ambiente

Como avalia a limpeza e as condições de acolhimento do ambiente utilizado?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( ) Não se aplica

Comentário ou sugestão opcional:

Para receber retorno sobre uma manifestação específica, solicite registro na ouvidoria por canal próprio. A pesquisa não substitui uma reclamação ou solicitação com acompanhamento individual. Na coleta assistida, o entrevistador lerá as opções de forma neutra e registrará exatamente a escolha do respondente.

2.3.8. Divulgação Retorno e Melhoria dos Serviços

Os resultados consolidados serão divulgados trimestralmente em mural de fácil visualização nas UPAs e no canal institucional de transparência, até 30 dias após o fechamento e a validação da apuração, como prazo operacional proposto. Eventual pendência de validação será informada e acompanhada; resultados preliminares não serão apresentados como homologados. A publicação mostrará período, unidade, número de atendimentos, respostas válidas, cobertura amostral, índice global, meta e principais providências, com linguagem acessível e sem nomes ou dados que permitam identificar usuários ou trabalhadores envolvidos em manifestações.

A gestão analisará os resultados por etapa, turno e assunto, preservando a privacidade em grupos pequenos. O plano de melhorias identificará problema, causa, medida, responsável, prazo e evidência de conclusão. Mensalmente, a coordenação verificará andamento e efetividade; ações concluídas serão comunicadas como "o que ouvimos e o que fizemos", com avaliação de recorrência e da percepção no trimestre seguinte.

Na ouvidoria, o retorno individual ocorrerá pelo canal escolhido e seguro, com protocolo, análise, providências adotadas e orientações para acompanhamento ou nova manifestação. O registro guardará data e forma de entrega e eventual impossibilidade de contato. Uma manifestação sem contato

disponível poderá ser acompanhada por protocolo, quando tecnicamente possível; relatos anônimos não terão promessa de retorno individual impossível de executar.

O fechamento da resposta será distinto do fechamento da ação corretiva. Quando a solução exigir etapas futuras, o usuário receberá as atualizações pertinentes e a área permanecerá responsável pelo prazo de execução. Elogios e sugestões também serão encaminhados e respondidos, sem revelar identidades desnecessariamente. A satisfação com o tratamento da manifestação poderá ser medida separadamente, sem substituir o indicador IN 2.5 sobre o atendimento da UPA.

V.2.4. PUBLICIZAÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS E DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS

2.4.1. Compromisso de Transparência e Endereço Eletrônico

O IBSAÚDE compromete-se a manter página pública específica para a parceria destinada à gestão das UPAs Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar, no sítio eletrônico da entidade. O espaço reunirá informações institucionais, instrumento da parceria, execução física e financeira, prestações de contas, indicadores e decisões, permitindo ao usuário identificar o que foi pactuado, os recursos recebidos, os resultados alcançados e a situação da análise das contas.

Endereço institucional de transparência existente:
https://www.ibsaude.org/transparencia.php.

Endereço específico previsto para implantação da página da parceria:
https://www.ibsaude.org/transparencia-palmas.php.

A página específica será implantada após a formalização da parceria e ficará disponível em até cinco dias úteis da assinatura do instrumento, como

compromisso operacional proposto. O endereço específico acima é o destino previsto para implantação; esta proposta não o apresenta como página já publicada. Haverá link destacado na área de transparência existente e identificação "Palmas TO — UPA Norte e UPA Sul", com acesso direto, gratuito e sem cadastro ou senha.

O conteúdo será organizado por parceria, unidade, exercício, competência e categoria documental, com busca, datas de atualização e arquivos para consulta e download. A apresentação utilizará linguagem clara, estrutura acessível e leitura em dispositivos móveis, com texto pesquisável e alternativa textual aos recursos visuais. O acesso por QR Code complementará o endereço escrito, sem ser o único meio de acesso às informações.

A página permanecerá disponível durante toda a execução e após seu encerramento, até a conclusão das contas e pelo período de guarda e publicidade aplicável ao acervo. Alteração técnica de endereço manterá redirecionamento e atualização dos murais e links, com comunicação à SEMUS. O encerramento da parceria não provocará exclusão automática dos documentos.

2.4.2. Responsáveis pela Produção Validação e Publicação

A responsabilidade pela publicação será da Coordenação Administrativa da Parceria, na função de responsável de transparência, com titular e substituto formalmente designados. Essa coordenação manterá o calendário, cobrará os documentos, verificará completude e autorizará a disponibilização. A equipe de Comunicação ou o administrador do sítio executará a inserção; TI assegurará disponibilidade, segurança, cópias de proteção e funcionamento dos links.

A área financeira e contábil validará repasses, despesas, remuneração e prestações de contas; a coordenação assistencial e a equipe de informação validarão produção, metas e indicadores; a ouvidoria fornecerá resultados agregados de manifestações e satisfação. As lideranças das duas UPAs atualizarão os murais. O encarregado de dados apoiará a avaliação de privacidade

e o tratamento das informações protegidas, sem criar bloqueio genérico à publicidade legalmente exigida.

A designação do responsável ocorrerá antes da primeira publicação. O controle de substituição garantirá atualização durante férias e afastamentos. A validação interna não será utilizada para suspender os prazos de divulgação; pendências serão escalonadas à gestão da parceria com registro do motivo e da medida de correção.

2.4.3. Conteúdo da Página da Parceria

A página reunirá o conjunto documental do Anexo VIII e os resultados do Anexo II do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, com segregação por UPA. Quando o arquivo for único para a parceria, conterá discriminação analítica das duas unidades. Documentos anteriores permanecerão pesquisáveis; correções e complementações terão versão, data e relação com o documento substituído.

Categoria	Conteudo mínimo a disponibilizar	Identificação e apresentação
Instrumento e planejamento	Termo de Colaboração assinado, extrato de publicação, aditivos, apostilamentos quando existentes, Plano de Trabalho aprovado e alterações	Número, data, vigência, objeto, órgão responsável, entidade e CNPJ signatário, valor total e documentos vigentes e históricos
Repasses e execução financeira	Valores recebidos por data, parcela e fonte; total liberado acumulado; rendimentos; despesas por unidade e grupos A a D; fluxo de caixa e custos indiretos com memória de rateio	Competência e correspondência com os demonstrativos apresentados; recursos previstos diferenciados dos efetivamente recebidos
Relatórios mensais do Anexo VIII	Execução do objeto, metas e resultados, produção assistencial e origem dos usuários, satisfação, despesas, folha sintética, fluxo de caixa e custos indiretos	Relatório e anexos publicáveis, por unidade e competência, com data e comprovante de apresentação

Relatórios trimestrais do Anexo VIII	Consolidação dos meses; execução física e financeira; memória de indicadores e notas; satisfação e ouvidoria; pessoal e servidores disponibilizados, quando houver; certidões e demais demonstrativos	Incluir os anexos aplicáveis de pagamento, notas fiscais, extratos, contratos, bens, educação permanente, passivos, rateios, deduções e balancete, com proteção dos dados legalmente restritos
Prestações de contas parcial e final	Relatórios de execução do objeto e financeira, comprovação dos resultados, relatórios trimestrais abrangidos, impactos e satisfação; na final, devolução de saldo e inventário remanescente	Período, prazo previsto, data de apresentação, protocolo, prazo de análise, andamento e decisão, com documentos publicáveis e suas complementações
Resultados assistenciais do Anexo II	IN 1.1, IN 1.2 e IN 2.1 a IN 2.6, por unidade, com metas, resultados, base e memória de cálculo; satisfação com amostra alcançada e metodologia	Separar resultados calculados pela entidade, apuração técnica, homologações e eventual revisão; manter notas e efeitos financeiros identificados por etapa
Remuneração da equipe	Total da remuneração da equipe paga com recursos da parceria, funções desempenhadas e remuneração prevista para o exercício, além da execução do período	Quadro por função, quantitativo e valores, conciliado com a folha e sem exposição de dados pessoais sem necessidade ou fundamento
Monitoramento e decisões	Relatórios e pareceres disponibilizados pela Administração, homologações, diligências, respostas e decisões sobre as contas e a parcela variável	Publicar recebimento, data, órgão emissor, conclusão e situação atual; manter o histórico e as justificativas publicáveis

Quando determinado documento ainda não for devido, produzido ou recebido, será informada essa condição e a previsão pertinente. Ausência de geração não será apresentada como "sem movimento" quando houver execução a demonstrar. Toda a instrução completa permanecerá disponível à Administração e aos órgãos de controle, inclusive os originais protegidos, pelo acesso autorizado.

2.4.4. Calendário de Atualização e Controle da Situação das Contas

Os prazos abaixo são compromissos operacionais de publicação desta proposta. Não substituem os prazos de protocolo do edital e nem autorizam postergar divulgação exigida em prazo menor. A página e os murais exibirão a data da última atualização, a coordenação fará conferência mensal do acervo, dos links e das informações obrigatórias, além das atualizações por evento.

Informação ou evento	Prazo de referência do edital	Publicação e atualização propostas
Página e ficha inicial	Formalização da parceria	Até 5 dias úteis da assinatura, com identificação do instrumento e documentos disponíveis
Instrumento, Plano de Trabalho e alterações	Celebração, aprovação ou formalização do respectivo ato	Até 5 dias úteis da assinatura, aprovação ou recebimento do documento, conforme o evento
Repasses recebidos e valores acumulados	Registros efetivos de liberação	Até 5 dias úteis da confirmação do crédito; conciliação mensal com os demonstrativos
Relatório mensal	Apresentação até o dia 20 do mês subsequente à competência	Até 5 dias úteis do protocolo, com resultado ainda sujeito à análise quando for o caso
Relatório trimestral consolidado	Apresentação até o dia 20 do mês subsequente ao encerramento do trimestre	Até 5 dias úteis do protocolo; atualizar após apuração e homologação recebidas
Prestação de contas parcial	Apresentação até 90 dias do encerramento de cada exercício	Publicar calendário previsto; disponibilizar documentos e data efetiva até 5 dias úteis do protocolo
Prestação de contas final	Apresentação até 90 dias do término da vigência;	Atualizar prazo autorizado e justificativa publicável; disponibilizar até 5 dias úteis do protocolo
Diligências, pareceres, decisões e recursos	Conforme recebimento e tramitação oficial	Até 5 dias úteis do recebimento ou protocolo; atualizar situação e anexar os atos publicáveis
Remuneração e quadro de funções	Previsão do exercício e execução mensal	Previsão na ficha inicial; execução junto ao relatório mensal; alteração até 5 dias úteis da formalização
Erro de publicação ou link indisponível	Identificação da ocorrência	Tratamento imediato; meta de correção em até 2 dias úteis, com alternativa de

		acesso e registro de pendências

O quadro das contas indicará data prevista e efetiva de apresentação, prazo de análise e resultado conclusivo. A referência de análise é de até 90 dias, prorrogável justificadamente até o limite de 180 dias, observadas diligências e suspensões formalizadas. Alterações de prazo indicarão o respectivo ato; não haverá aprovação presumida por decurso de tempo.

O painel distinguirá "a apresentar", "apresentada em análise", "em diligência", "aprovada", "aprovada com ressalvas" e "rejeitada", conforme o ato competente.

2.4.5. Atendimento ao Artigo 11 da Lei Nº 13.019 de 2014

O compromisso abrange divulgação na internet e em locais visíveis da sede social e das duas UPAs. A publicação conterá os seis conjuntos de informações do parágrafo único do art. 11, demonstrados no quadro a seguir. A identificação institucional utilizará a razão social e o CNPJ constantes do instrumento da parceria.

Exigência legal	Informação a divulgar	Onde será demonstrada
Inciso I	Data de assinatura, identificação do Termo e órgão responsável, Município de Palmas e Secretaria Municipal da Saúde	Ficha da parceria na página e no mural, com acesso ao instrumento
Inciso II	Nome da organização da sociedade civil e seu CNPJ	Cabeçalho da ficha digital e do quadro físico
Inciso III	Descrição do objeto da parceria e indicação das UPAs abrangidas	Ficha digital e quadro físico, com texto fiel ao Termo
Inciso IV	Valor total da parceria e valores efetivamente liberados, quando houver	Quadro financeiro atualizado, com total acumulado, na página e nos murais
Inciso V	Situação da prestação de contas: data prevista, data apresentada, prazo de análise e resultado conclusivo	Quadro de acompanhamento digital e físico, com situação real e datas

Inciso VI	Total da remuneração da equipe de trabalho paga com recursos da parceria, funções e remuneração prevista para o exercício	Demonstrativo específico digital e físico, com funções, quantitativos e valores conciliados

2.4.5.1. Divulgação física na sede e nas UPAs

Será instalado quadro de transparência em local visível na sede social e nas recepções ou áreas de acesso público das UPAs Norte e Sul. O material terá tamanho e contraste que permitam leitura e ficará acessível durante o funcionamento do local. Informará a parceria em vigor, os dados legais mínimos, a data de atualização e o endereço escrito da página específica, acompanhado de QR Code e indicação de como obter apoio para consultar os documentos.

O mural não ficará limitado a uma logomarca, a uma chamada genérica de transparência ou a um QR Code. Conterá as informações dos seis incisos, com folhas complementares identificadas quando necessário, inclusive o demonstrativo de remuneração por funções e o quadro de situação das contas. A documentação extensa ficará disponível para consulta digital e, quando solicitada, por atendimento assistido, preservadas as restrições legais.

A Coordenação Administrativa disponibilizará um modelo único preenchido com os dados oficiais; a referência de cada unidade e da sede fará a afixação, a substituição das folhas e a conferência. Fotografias datadas do mural, checklist de conteúdo e registro da substituição comprovarão a manutenção da informação, sem captar usuários ou documentos clínicos.

O conteúdo físico identificará a instituição como IBSAÚDE — Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano. O número do Termo, as datas, os valores e o CNPJ contratual serão extraídos dos documentos formalizados.

2.4.6. Integridade Acessibilidade e Proteção dos Dados

O fluxo compreenderá produção pela área competente, conferência técnica e de privacidade, autorização da Coordenação Administrativa, inserção no sítio e teste do acesso público. Os arquivos identificarão título, unidade, competência, tipo, versão, datas do documento e da publicação e protocolo relacionado. Serão oferecidos PDF pesquisável e tabelas em formato aberto quando disponíveis, sem exigência de credenciais para consulta pública.

As versões públicas preservarão as informações obrigatórias e tratarão pontualmente os dados protegidos. Não serão expostos prontuários, diagnósticos, relatos identificáveis de ouvidoria, CPF integral, dados de dependentes, endereços pessoais, credenciais ou informações bancárias pessoais sem fundamento. A LGPD não justificará ocultar objeto, valores públicos, funções, remuneração legalmente exigida ou destinatários de pagamentos.

Notas fiscais, comprovantes, folhas e extratos terão revisão da cópia pública, preservando fornecedor, objeto, valores, período e elementos de controle social. Restrições parciais serão justificadas e identificadas na versão pública; os documentos integrais permanecerão disponíveis à SEMUS e aos órgãos de controle pelo acesso autorizado. Estatísticas serão agregadas, com proteção contra reidentificação em grupos pequenos.

O histórico será preservado, e correções indicarão data, motivo e versão substituída. Exposição indevida será interrompida imediatamente e tratada conforme V.1.4 e V.1.8, com restabelecimento da informação pública em versão adequada. TI proverá recuperação e alternativa institucional de acesso em caso de falha, sem dispensa da obrigação de publicidade.

3.3 IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

A implementação e o funcionamento dos serviços das UPAs Norte e Sul serão orientados pela integração entre as áreas assistenciais, o apoio diagnóstico e os serviços de suporte, assegurando atendimento contínuo, seguro e compatível com as necessidades dos usuários. A seguir, são apresentadas a organização dos

setores, as responsabilidades das equipes, as coberturas por turno e as rotinas operacionais, em conformidade com as exigências do edital e as normas aplicáveis, com foco na resolutividade e na continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

V.2.5. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS ÁREAS ASSISTENCIAIS

2.5.1 Organização Geral e Cobertura dos Serviços

O funcionamento das áreas assistenciais das UPAs Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar será organizado para reconhecer a gravidade desde a chegada e assegurar continuidade entre avaliação médica, tratamento, observação, estabilização e definição do destino do usuário. As duas unidades funcionarão ininterruptamente, com equipes identificadas por área e turno e comunicação entre acolhimento, consultórios e setores de cuidado.

Para organização das escalas, o turno diurno compreenderá 07h às 19h e o noturno, 19h às 07h. A ultrassonografia terá posto médico de seis horas no período diurno. Os quantitativos médicos mínimos serão preservados integralmente em ambas as UPAs. A enfermagem terá distribuição inicial compatível com os postos do Quadro 7— Equipe de enfermagem, de transporte sanitário e de apoio assistencial de referência, por unidade, com ajustes fundamentados na carga de trabalho e sem redução da segurança, além das coberturas complementares descritas nesta proposta.

Cada plantão terá identificação nominal dos profissionais e dos usuários sob sua responsabilidade. A escala distinguirá posto coberto no turno, carga horária e número de pessoas necessário à sua manutenção. Passagens de plantão serão presenciais e registradas, com informações sobre condição clínica, prioridades, tratamentos, exames pendentes, regulação e riscos. A troca de turno não interromperá classificação, medicação, vigilância ou assistência às áreas críticas.

2.5.2. Capacidade Física e Organização dos Ambientes

A organização considerará a capacidade descrita no Anexo I do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, a identificação funcional dos ambientes e a disponibilidade efetiva de equipe e equipamentos. Poltronas, leitos de observação e posições de estabilização terão funções distintas e não serão somados ou utilizados de forma intercambiável para ampliar artificialmente a capacidade.

Ambiente ou capacidade	UPA Norte	UPA Sul
Classificação de risco	Três salas específicas	Quatro salas específicas
Consultórios indiferenciados	Quatro consultórios	Cinco consultórios
Sala de medicação	27 poltronas	30 poltronas
Leitos de observação, sem incluir estabilização e isolamento	Nove leitos masculinos, nove femininos e nove pediátricos, totalizando 27 leitos	Doze leitos masculinos, doze femininos e oito pediátricos, totalizando 32 leitos
Estabilização ou sala vermelha	Seis leitos, um reservado à pediatria	Quatro leitos
Isolamento	Dois leitos	Dois leitos

2.5.3. Acolhimento e Posto de Classificação de Risco

O acolhimento começará no acesso à unidade, com recepção acessível, identificação do usuário e reconhecimento imediato de sinais de gravidade. O atendente administrativo realizará cadastro e orientação de circulação, sem decidir prioridade clínica ou dispensar atendimento. Emergência evidente terá acesso direto à estabilização e acionamento imediato da equipe, com regularização cadastral sem retardar o cuidado.

A classificação de risco será executada por enfermeiro com registro ativo e capacitação no protocolo institucional, em posto específico, com privacidade, higienização das mãos, mobiliário, computador ou formulário de contingência e equipamentos apropriados à avaliação. O posto disporá de meios para aferição de

sinais vitais, oximetria, glicemia quando indicada, avaliação da dor e identificação de particularidades de adultos e crianças.

Na UPA Norte serão mantidos três postos de classificação no período diurno e dois no noturno; na UPA Sul, quatro diurnos e três noturnos. Cada posto em atividade terá um enfermeiro exclusivo para a função. As salas restantes no período noturno permanecerão disponíveis para ampliação conforme necessidade, com profissional de cobertura, sem acumulação simultânea de tarefas de classificação e assistência em outro setor.

Os postos serão mantidos durante todo o turno, inclusive nas pausas, mediante substituição nominal por enfermeiro capacitado. Será observado o parâmetro de quatro minutos em média por classificação e até 15 classificações por hora por enfermeiro, sem transformá-lo em imposição de atendimento apressado. A coordenação acompanhará a fila e mobilizará reforço antes de haver perda de capacidade ou atraso assistencial.

2.5.4. Prioridades e Articulação com o Atendimento Médico

O protocolo adotará cinco níveis compatíveis com a organização já estabelecida para a proposta. A classificação registrará queixa, achados pertinentes, prioridade, horário, profissional e local de encaminhamento. A prioridade será comunicada ao usuário e à equipe, preservado o sigilo.

Prioridade	Tempo para o primeiro atendimento médico	Encaminhamento operacional
Vermelha	Imediato;	Acesso direto à estabilização; o parâmetro de aferição não autoriza espera
Laranja	Até dez minutos	Atendimento médico prioritário em ambiente supervisionado; estabilização se houver instabilidade
Amarela	Até 60 minutos	Consultório ou área assistencial compatível, com vigilância e reavaliação da espera
Verde	Até 120 minutos	Consultório por prioridade clínica e ordem

		dentro da mesma prioridade
Azul	até 240 minutos; limite operacional institucional de 120 minutos	Consulta médica antes da definição de alta ou encaminhamento, respeitado o limite operacional mais restritivo

A aferição contratual preservará o marco do registro da classificação ao registro do primeiro atendimento médico. A chegada também será registrada para acompanhar demora anterior à classificação. Usuários em espera terão reavaliação imediata em caso de piora; como intervalos máximos institucionais, serão adotados dez minutos para laranja, 30 para amarelo e 60 para verde e azul enquanto não atendidos. Esses intervalos não ampliam os tempos de atendimento médico.

O enfermeiro comunicará à referência médica a aproximação do tempo-alvo e qualquer mudança de gravidade. O usuário com piora será reclassificado e direcionado ao setor adequado, preservando os horários originais. Nenhum usuário será encaminhado à Atenção Primária ou dispensado apenas pela cor da classificação, sem avaliação médica e definição assistencial pertinente.

2.5.5. Funcionamento e Distribuição dos Consultórios

Os consultórios funcionarão nas 24 horas, articulados à fila por prioridade, ao perfil etário e à necessidade de clínica médica ou ortopedia. A destinação preferencial será flexível, para aproveitar o ambiente disponível sem comprometer privacidade, acessibilidade, precauções e presença dos profissionais das especialidades previstas.

Unidade	Destinação preferencial no diurno	Destinação preferencial no noturno
UPA Norte	Dois consultórios de clínica médica, um de pediatria e um de ortopedia, com alternância conforme demanda	Mesma capacidade física disponível, com uso ajustado à fila e ao perfil do plantão
UPA Sul	Três consultórios de clínica médica, um de pediatria e um de ortopedia, com alternância	Mesma capacidade física disponível, com uso ajustado à fila e ao perfil do plantão

	conforme demanda	

Essa destinação é organização proposta dos consultórios indiferenciados existentes, e não afirmação de que haja consultórios especializados adicionais. Em ausência momentânea de demanda de uma especialidade, o ambiente poderá ser utilizado por outro médico, mantendo disponibilidade para a prioridade clínica. Não haverá consultas simultâneas de usuários distintos no mesmo consultório.

O grupo médico do primeiro atendimento e das reavaliações utilizará os consultórios em circuito com os ambientes de medicação e procedimentos, segundo a etapa assistencial. O número de médicos desse grupo não será apresentado como número de consultórios simultaneamente disponíveis. O mapa de sala e a escala nominal indicarão quem realiza consulta, reavaliação ou procedimento em cada momento, sem contabilizar o mesmo profissional em duas atividades simultâneas.

Clínicos, pediatra e ortopedista avaliarão os usuários de acordo com a necessidade, com apoio entre profissionais quando indicado. O atendimento inicial não aguardará especialista diante de urgência. A consulta definirá tratamento, exames e necessidade de reavaliação, observação ou transferência. O médico responsável acompanhará os resultados e registrará o desfecho; a conclusão da medicação ou a liberação de exame não significará alta automática.

O ultrassonografista cumprirá seis horas diurnas, inicialmente previstas de 07h às 13h, com agenda de exames organizada por prioridade. Esse posto não será contado como cobertura de consultório clínico ou das áreas críticas. Resultados e intercorrências retornarão ao médico assistente pelo fluxo de apoio diagnóstico.

2.5.6. Sala de Medicação e Respectivas Rotinas

A sala de medicação funcionará ininterruptamente, com enfermeiro de referência e técnicos de enfermagem escalados. As 27 poltronas da UPA Norte e as 30 da UPA Sul constituem capacidade física de administração e

acompanhamento de tratamentos compatíveis; sua ocupação dependerá da condição clínica, do tipo de medicamento, do tempo de administração e da capacidade de vigilância da equipe.

O ingresso ocorrerá por prescrição e indicação assistencial, após avaliação médica, salvo medidas imediatas previstas em protocolo e executadas por profissional competente. A equipe verificará identificação, alergias, prescrição, medicamento, dose, via, horário, diluição, velocidade e condições de administração, esclarecendo inconsistências antes da execução. Medicamentos de maior risco terão os controles e a dupla checagem previstos no protocolo institucional.

Preparo, administração, resposta e intercorrências serão registrados no prontuário, com identificação do executor. A farmácia apoiará a dispensação e a resolução de dúvidas. Materiais e medicamentos terão rastreabilidade, e a reposição observará os controles de estoque. O enfermeiro supervisionará os procedimentos, avaliará riscos e definirá a vigilância de acordo com a terapia e a condição do usuário.

Reação adversa, queda do nível de consciência, comprometimento respiratório ou circulatório e outra deterioração exigirão interrupção ou ajuste da intervenção conforme avaliação e protocolo, acionamento médico imediato e encaminhamento à estabilização quando indicado. O usuário não permanecerá em poltrona se necessitar de monitorização, leito ou cuidado incompatível com o setor.

Concluída a terapia, o usuário será reavaliado conforme a indicação médica antes da alta ou mudança de setor. A posição será desocupada após encaminhamento registrado, retirada segura de dispositivos quando cabível e higienização. A sala de medicação não será utilizada como extensão informal de observação prolongada, isolamento ou internação.

2.5.7. Sala de Imobilização e Procedimentos Ortopédicos

A sala de imobilização manterá funcionamento nas 24 horas, vinculada ao ortopedista do plantão e com profissional de imobilização ortopédica habilitado,

além do apoio de enfermagem necessário. O posto de imobilização será dimensionado separadamente das equipes médicas e da assistência interna do Quadro 7, conforme o regime próprio proposto para o serviço.

O usuário terá identificação, avaliação médica, indicação e definição do procedimento. A equipe conferirá segmento, lateralidade, condições da pele, dor, perfusão, sensibilidade e mobilidade, com registro antes e depois da intervenção. Materiais, superfícies e equipamentos serão preparados conforme a técnica e as precauções. A atuação dos profissionais respeitará sua habilitação; redução, analgesia, sedação ou outro ato médico não será delegado a profissional sem competência.

Serão realizados os procedimentos compatíveis com a capacidade da UPA, incluindo imobilizações provisórias e aparelhos gessados conforme prescrição e avaliação do ortopedista. Quando houver necessidade de redução, sedação ou monitorização incompatível com a sala, será utilizado ambiente e equipe adequados ou solicitada transferência, sem improvisar suporte. O apoio de enfermagem será supervisionado pelo enfermeiro.

Após o procedimento, serão reavaliadas dor e condições neurovasculares, verificados ajuste e integridade da imobilização e realizadas orientações sobre conservação, sinais de alerta e necessidade de retorno. Alta, continuidade de avaliação ou referência serão definidas pelo médico. Deterioração clínica terá acesso imediato à estabilização. Entre usuários haverá limpeza, reposição de materiais e manejo adequado de resíduos.

2.5.8. Observação e Critérios de Ocupação e Desocupação

A observação terá organização por perfil adulto e pediátrico, condições de precaução, necessidade de cuidado e preservação da privacidade. A referência funcional será de 27 posições na UPA Norte e 32 na UPA Sul, conforme a composição por setor descrita no Anexo I do Edital de Chamamento Público nº 001/2026 e sujeita à conferência documental da implantação. Os leitos de

Cada solicitação terá registro da decisão, horários, protocolo, contatos e resposta do Complexo Regulador Estadual. O suporte avançado será acionado pelo SAMU 192 quando necessário; a ambulância Tipo B da parceria não substituirá recurso de maior complexidade. A saída da estabilização para observação dependerá de estabilidade e compatibilidade do cuidado, com passagem de informações; transferência externa exigirá recurso adequado e continuidade assistencial.

Superlotação, ausência de vaga ou indisponibilidade externa serão comunicadas imediatamente à direção técnica e à regulação, com registro das medidas. Não se retirará usuário de leito necessário para liberar vaga nem se desviará a equipe crítica para compensar filas de menor gravidade. As condições excepcionais terão contingência e acompanhamento até a solução.

2.5.10. Distribuição Médica por Área e Turno

Os quadros abaixo representam a alocação inicial proposta dos clínicos, com os totais mínimos do Quadro 6 preservados. O grupo de primeiro atendimento também realizará reavaliações nos setores não críticos, conforme o circuito descrito, sem deixar descoberta a observação ou a estabilização.

2.5.10.1. UPA Norte

Área ou categoria médica	Diurno de 07h às 19h	Noturno de 19h às 07h
Estabilização exclusiva	Três médicos clínicos	Três médicos clínicos
Observação	Dois médicos clínicos	Dois médicos clínicos
Primeiro atendimento e reavaliações não críticas	Quatro médicos clínicos	Dois médicos clínicos
Subtotal de médicos clínicos	Nove postos	Sete postos
Pediatria	Um pediatra	Um pediatra
Ortopedia	Um ortopedista	Um ortopedista
Ultrassonografia	Um posto de seis horas, inicialmente de 07h às 13h	Sem posto noturno previsto no Quadro 6
Total da cobertura do Quadro 6	Doze postos, sendo um de seis	Nove postos de 12 horas

	horas	

2.5.10.2. UPA Sul

Área ou categoria médica	Diurno de 07h às 19h	Noturno de 19h às 07h
Estabilização exclusiva	Dois médicos clínicos	Dois médicos clínicos
Observação	Dois médicos clínicos	Dois médicos clínicos
Primeiro atendimento e reavaliações não críticas	Cinco médicos clínicos	Três médicos clínicos
Subtotal de médicos clínicos	Nove postos	Sete postos
Pediatria	Um pediatra	Um pediatra
Ortopedia	Um ortopedista	Um ortopedista
Ultrassonografia	Um posto de seis horas, inicialmente de 07h às 13h	Sem posto noturno previsto no Quadro 6
Total da cobertura do Quadro 6	Doze postos, sendo um de seis horas	Nove postos de 12 horas

O total de 21 postos nas 24 horas por unidade é soma das coberturas dos períodos, não número de médicos simultâneos nem número definitivo de pessoas contratadas. A escala e a memória de horas demonstrarão a cobertura de todos os dias e as substituições. Na indisponibilidade de um profissional, a gestão providenciará substituto habilitado, sem utilizar o médico de outra área como cobertura simultânea fictícia.

2.5.11. Distribuição da Enfermagem Interna por Área e Turno

A alocação inicial utilizará sítios funcionais e espelho semanal, considerando tempo de trabalho, perfil dos usuários, dependência, procedimentos e ocupação real. Em cada célula, E identifica enfermeiro e T identifica técnico de enfermagem da assistência interna. Os técnicos do transporte não estão incluídos nestes quadros.

2.5.11.1. UPA Norte

Área assistencial	Diurno de 07h às 19h	Noturno de 19h às 07h
Classificação de risco exclusiva	3 E e nenhum T	2 E e nenhum T
Estabilização	3 E e 4 T	3 E e 4 T
Observação adulta pediátrica e isolamento	2 E e 8 T	2 E e 7 T
Medicação e referência de enfermagem dos setores não críticos	1 E e 4 T	1 E e 3 T
Procedimentos e apoio aos consultórios e à imobilização	Nenhum E adicional e 2 T	Nenhum E adicional e 1 T
Total da assistência interna	9 E e 18 T	8 E e 15 T

2.5.11.2. UPA Sul

Área assistencial	Diurno de 07h às 19h	Noturno de 19h às 07h
Classificação de risco exclusiva	4 E e nenhum T	3 E e nenhum T
Estabilização	2 E e 3 T	2 E e 3 T
Observação adulta pediátrica e isolamento	3 E e 10 T	2 E e 9 T
Medicação e referência de enfermagem dos setores não críticos	1 E e 5 T	1 E e 4 T
Procedimentos e apoio aos consultórios e à imobilização	Nenhum E adicional e 2 T	Nenhum E adicional e 1 T
Total da assistência interna	10 E e 20 T	8 E e 17 T

Os técnicos de procedimentos atuarão sob a referência do enfermeiro dos setores não críticos; a linha não representa setor sem supervisão. O enfermeiro da classificação permanecerá exclusivo e não será utilizado para suprir essa supervisão.

A coordenação de enfermagem verificará a ocupação e a intensidade do cuidado a cada plantão e sempre que houver mudança relevante. A abertura simultânea de todas as posições físicas dependerá da suficiência assistencial, e necessidade de reforço será providenciada pelo IBSAÚDE, com escala e comprovação. Redistribuição interna somente ocorrerá com avaliação e

transferência formal da responsabilidade, sem descobrir postos exclusivos ou usuários criticos.

2.5.12. Apoio Assistencial e Transporte Sanitário

Categoria ou serviço	Cobertura por unidade no diurno	Cobertura por unidade no noturno
Assistente social	Um posto	Um posto
Farmacêutico	Um posto	Um posto
Técnico ou auxiliar de farmácia	Dois postos	Um posto
Cirurgião dentista	Um posto	Um posto
Auxiliar em saúde bucal	Um posto	Um posto
Técnico de enfermagem do transporte	Um posto exclusivo	Um posto exclusivo
Condutor de veículo de urgência	Um posto exclusivo	Um posto exclusivo

O apoio farmacêutico acompanhará dispensação e segurança do medicamento; o serviço social apoiará situações de vulnerabilidade, proteção e articulação da rede; odontologia terá atendimento de urgência e acesso ao suporte médico quando necessário. As interfaces com consultórios, medicação, observação e estabilização serão registradas conforme a demanda e a competência profissional.

A tripulação do transporte terá um técnico de enfermagem e um condutor por turno, para cada UPA, com ambulância Tipo B disponível nas 24 horas. Nenhum deles será computado nos postos internos, mesmo durante períodos sem remoção. A cobertura não será obtida com retirada de técnico da medicação, observação ou estabilização.

2.5.13. Quadro de Pessoal, Cobertura e Funções Complementares

O dimensionamento das áreas assistenciais manterá correspondência com o quadro de pessoal do subitem V.2.9 e com sua memória de cálculo. Serão distinguidos os postos cobertos em cada turno, o total de profissionais necessário à

continuidade dos serviços, as funções gerenciais e os serviços executados por empresas contratadas.

A composição proposta para a enfermagem será:

Categoria/atividade	UPA Norte	UPA Sul
Enfermeiros assistenciais — postos por turno	9 diurnos e 8 noturnos	9 diurnos e 9 noturnos
Enfermeiros assistenciais — total de profissionais	40	42
Técnicos de enfermagem da assistência interna — postos por turno	18 diurnos e 15 noturnos	20 diurnos e 17 noturnos
Técnicos de enfermagem da assistência interna — total de profissionais	76	86
Técnicos de enfermagem do transporte — postos por turno	1 diurno e 1 noturno	1 diurno e 1 noturno
Técnicos de enfermagem do transporte — total de profissionais	5	5
Total de técnicos, incluindo assistência interna e transporte	81	91

Os cinco técnicos destinados ao transporte sanitário em cada unidade já integram os totais de 81 e 91 profissionais. Não serão novamente acrescentados ao quadro nem utilizados simultaneamente para completar a cobertura assistencial interna.

O dimensionamento dos técnicos será demonstrado separadamente por atividade, com aplicação do fator de cobertura e arredondamento para o inteiro superior em cada grupo. Na UPA Norte, serão 76 profissionais da assistência interna e cinco do transporte; na UPA Sul, 86 da assistência interna e cinco do transporte.

O índice de segurança técnica de 15% já considerado no fator 2,30 não será reaplicado sobre a mesma base. A cobertura adicional destinada à educação permanente e à rotatividade será demonstrada em memória específica, com identificação da base de cálculo, quantitativo, categoria e custo correspondente, sem presumir sua inclusão nos profissionais assistenciais ou do transporte.

Cada unidade contará com Enfermeiro responsável técnico e Coordenador de enfermagem em cargos distintos, com jornada administrativa de 40 horas semanais para cada função, conforme o V.2.9. Esses profissionais não integram os totais de enfermeiros assistenciais e suas horas gerenciais não serão contabilizadas como cobertura simultânea dos postos de assistência.

Os demais quantitativos por unidade observarão o V.2.9: sete assistentes sociais, cinco farmacêuticos, sete auxiliares/técnicos de farmácia, cinco cirurgiões-dentistas e cinco auxiliares/técnicos em saúde bucal. As jornadas e escalas serão discriminadas conforme a categoria, distinguindo a duração do posto de cobertura da jornada contratual de cada profissional.

O nutricionista, o psicólogo, o fisioterapeuta, os profissionais de processamento de materiais e as demais funções previstas no quadro de pessoal terão alocação compatível com suas jornadas e atribuições, sem presunção de cobertura presencial nas 24 horas quando essa condição não estiver prevista.

Recepção, transporte interno de usuários e condução de ambulância serão apresentados conforme o regime terceirizado indicado no V.2.9. Os contratos identificarão a equipe, os postos, os horários e as substituições necessários à continuidade dos serviços, sem duplicidade com o pessoal próprio.

Qualquer complementação decorrente da avaliação técnica deverá ser incorporada de forma concordante às escalas, ao quadro de pessoal, à memória de cálculo e à proposta financeira.

2.5.14. Gestão da Ocupação e Contingências

A coordenação de cada plantão acompanhará fila, tempo por prioridade, usuários em medicação, posições de observação, ocupação crítica, permanência e demandas reguladas. Haverá mapa atualizado de locais disponíveis, ocupados, em limpeza e bloqueados, com motivo e previsão de liberação. Bloqueio de segurança terá correção imediata e comunicação à direção; não será usado para ocultar demanda ou substituir dimensionamento.

Interrupção de energia, falha de sistema, ausência profissional, aumento sazonal e concentração de casos graves terão fluxo de contingência, com acionamento das lideranças, reforço de pessoal e manutenção de registros. Em indisponibilidade do prontuário serão utilizados formulários identificados, posteriormente conciliados, preservando a cronologia. Não serão reiniciados tempos de permanência ou de atendimento para melhorar indicador.

A avaliação diária e mensal confrontará equipe planejada e executada, capacidade disponível, espera, permanência, transferências, intercorrências e perdas de continuidade. Medidas corretivas terão responsável e prazo. A organização proposta será aperfeiçoada com a SEMUS quando necessário, preservados o objeto, os mínimos médicos e as normas profissionais.

V.2.6. ORGANIZAÇÃO DO APOIO DIAGNÓSTICO

O apoio diagnóstico das UPAs Norte e Sul será organizado pelo IBSAÚDE mediante contratação de prestadores habilitados, com atendimento integrado ao percurso assistencial e responsabilidade da entidade pelo acesso, pela qualidade e pela continuidade dos serviços. A organização compreenderá análises clínicas, radiologia, ultrassonografia e eletrocardiografia, com prioridades clínicas, prazos de resposta e comunicação imediata de achados críticos definidos em contrato.

A proposta assegura capacidade diagnóstica para orientar a decisão médica, apoiar a estabilização e reduzir atrasos na alta ou na transferência. A execução contratada compreenderá profissionais, insumos, operação, controle da qualidade e emissão dos resultados, conforme o escopo de cada serviço. Na eletrocardiografia, o traçado será realizado pelos profissionais habilitados da unidade, com contratação de empresa para emissão dos laudos e apoio médico remoto. A utilização de ambientes e equipamentos públicos dependerá de inventário e das condições de uso previstas na parceria, com responsabilidades de manutenção expressamente delimitadas.

2.6.1. Modelo de Execução Contratada e Responsabilidades

Os serviços serão contratados mediante seleção documentada, com avaliação da capacidade técnica, regularidade sanitária, habilitação profissional, cobertura de escalas, capacidade instalada, manutenção, segurança da informação e atendimento aos prazos desta proposta. Serão exigidos responsáveis técnicos, registros nos conselhos competentes e licenças compatíveis com as atividades efetivamente executadas, inclusive dentro de cada UPA.

Cada contrato identificará a unidade atendida, o elenco de procedimentos, os postos e horários, os equipamentos e insumos, o laboratório de apoio eventualmente utilizado, os meios de transporte, os prazos por prioridade, o tratamento de resultados críticos, a contingência e os mecanismos de fiscalização. A contratação de apoio adicional dependerá de autorização e de manutenção dos mesmos requisitos de qualidade e rastreabilidade.

O IBSAÚDE manterá a responsabilidade pela coordenação assistencial e pela fiscalização contratual. O médico assistente indicará os exames e decidirá a conduta; os responsáveis técnicos contratados supervisionarão a execução e a liberação dos resultados em suas áreas; a coordenação de enfermagem articulará o preparo e o deslocamento seguro do usuário; a gestão da unidade verificará escalas, ocorrências e indicadores. A Secretaria Municipal da Saúde terá acesso às informações de execução e aos registros necessários à fiscalização, preservado o sigilo.

A proposta financeira contemplará os serviços contratados e suas contingências. O posto médico de ultrassonografia previsto no dimensionamento obrigatório será contabilizado uma única vez, inclusive quando preenchido mediante contratação. Não haverá cobrança ao usuário nem duplicidade de pagamento por profissional, procedimento ou insumo já remunerado em outra rubrica.

2.6.2. Laboratório Contratado com Coleta na Unidade e Processamento Externo

O apoio laboratorial será executado por empresa especializada contratada, com coleta nas instalações de cada UPA, acondicionamento e transporte de amostras e processamento em laboratório externo licenciado, com cobertura de urgência durante as 24 horas, todos os dias. O contrato compreenderá as fases analítica e pós-analítica, profissionais habilitados, logística, controle da qualidade, validação e disponibilização dos resultados.

A estrutura de cada UPA será destinada ao atendimento da fase pré-analítica, com espaço apropriado para coleta, identificação, conferência, acondicionamento e guarda transitória das amostras até sua retirada. Não haverá instalação de laboratório analítico convencional completo na unidade. A cobertura não dependerá de uma única visita diária de equipe externa: a contratada manterá capacidade de coleta e transporte acionável a qualquer momento, compatível com a urgência e os prazos assumidos.

O responsável técnico do serviço contratado e seus substitutos serão formalmente identificados, inclusive quanto às responsabilidades no laboratório executor.

O laboratório externo será identificado no processo de contratação e manterá vínculo contratual com o ponto de coleta, licenciamento, responsável técnico, capacidade de urgência e estrutura suficiente para cumprir os prazos totais desta proposta. Sua localização e a logística serão selecionadas mediante demonstração de tempo real de percurso, estabilidade das amostras, capacidade analítica e disponibilidade noturna e nos finais de semana. Eventual laboratório de apoio para exames especializados dependerá de qualificação, rastreabilidade e autorização conforme as regras contratuais e sanitárias aplicáveis.

A rotina permanente de coleta em cada UPA será submetida ao enquadramento e ao licenciamento definidos pela Vigilância Sanitária competente, observadas as regras de posto de coleta e sua vinculação ao laboratório executor. A circulação de equipes ou veículos de coleta e transporte não altera, por si, esse

enquadramento. A denominação sanitária de serviço itinerante será reservada às atividades pontuais e temporárias admitidas pela RDC Anvisa nº 978/2025 e suas alterações.

2.6.3. Elenco de Exames e Rotina Laboratorial

O elenco abaixo constitui a oferta proposta para o perfil de urgência das unidades, mediante indicação clínica. Será incorporado ao catálogo operacional com método, amostra, preparo, estabilidade, prazo e responsável, assegurada a compatibilidade com o Termo de Referência e com os protocolos da rede municipal.

Grupo de exames	Oferta proposta	Local de execução
Hematologia e coagulação	Hemograma com plaquetas; tempo de protrombina e INR; tempo de tromboplastina parcial ativada	Coleta na UPA, 24 horas, e processamento no laboratório externo contratado
Bioquímica de urgência	Glicose; ureia; creatinina; sódio; potássio; cloro; cálcio; magnésio; AST e ALT; bilirrubinas; amilase e lipase; proteína C reativa	Coleta na UPA, 24 horas, e processamento no laboratório externo contratado
Marcadores e exames de urgência	Troponina; gasometria e lactato; beta hCG conforme método validado	Coleta na UPA e processamento no laboratório externo contratado, com logística prioritária e condições específicas para amostras instáveis
Urinálise	Exame de urina tipo I e sedimento, conforme método	Coleta na UPA, 24 horas, e processamento no laboratório externo contratado
Microbiologia	Hemoculturas, urocultura e outras culturas pertinentes ao perfil assistencial, com identificação e teste de sensibilidade quando indicados	Coleta na UPA e processamento em laboratório de referência contratado
Testes rápidos e exames de vigilância	HIV, sífilis, hepatites e testes para agravos como dengue, influenza e covid 19, conforme indicação e algoritmos vigentes	Serviço contratado habilitado, articulado à rede municipal e aos fluxos de vigilância

Os testes e insumos fornecidos pelo Ministério da Saúde ou pela rede municipal serão solicitados, recebidos e registrados pelos canais competentes, sem pressupor disponibilidade irrestrita. O contrato preverá a organização do acesso aos exames necessários ao escopo pactuado e o registro dos resultados nos sistemas oficiais aplicáveis. Testes de triagem seguirão os algoritmos diagnósticos específicos e não serão apresentados como confirmação isolada quando o protocolo exigir complementação.

A glicemia capilar à beira leito e os testes rápidos cuja finalidade exija execução e leitura no próprio atendimento permanecerão disponíveis na unidade, como procedimentos locais específicos, sob responsabilidade técnica, capacitação e controles aplicáveis. Essa oferta pontual não representa instalação de laboratório analítico convencional. Os demais exames laboratoriais do elenco serão processados externamente, conforme a modalidade e o método.

O pedido será registrado no episódio assistencial, com identificação do usuário, hipótese ou indicação clínica, prioridade e profissional solicitante. A coleta ocorrerá após conferência ativa de, no mínimo, dois identificadores, sem usar número de leito como identificador. O recipiente será identificado na presença do usuário, com registro de horário, coletador e condições relevantes. Para usuários sem identificação ou incapazes de informar seus dados, será utilizado identificador provisório único, posteriormente conciliado sem perda do histórico.

A recepção avaliará integridade, volume, recipiente, identificação e condições de transporte. Não conformidades serão registradas e comunicadas para decisão sobre nova coleta, sem processamento de amostra com identidade insegura. Hemólise, coágulo ou outras interferências terão tratamento técnico documentado. A repetição necessária não será usada para ocultar atraso nem para postergar indevidamente a comunicação de achado potencialmente grave.

2.6.3.1. Acondicionamento e transporte de amostras

O circuito das amostras seguirá a sequência: solicitação e classificação da prioridade, coleta na UPA, identificação à beira do usuário, conferência,

acondicionamento, retirada pelo transportador, recebimento no laboratório externo, análise, validação e disponibilização do laudo ao médico assistente. O usuário permanecerá na unidade para os cuidados indicados; o deslocamento da amostra não será substituído por encaminhamento do paciente ao laboratório para viabilizar a rotina contratada.

O transporte observará a RDC Anvisa nº 504/2021, com classificação do material, embalagens e identificação adequadas ao risco, recipiente primário estanque e proteções secundária e externa exigíveis. Haverá contenção de vazamentos, documentação, condições de temperatura e tempo validadas para cada exame e pessoal capacitado para condução e resposta a acidentes. Não se aplicará temperatura única a todas as amostras nem classificação de risco indistinta a todo material biológico.

A contratada disponibilizará serviço de transporte de amostras durante as 24 horas, com meios regularizados e apropriados, equipe de substituição, recipientes de reserva e canal institucional de acionamento. Amostras vermelhas e laranjas terão transporte imediato, sem aguardar formação de lote ou rota programada. Para as demais prioridades, haverá retiradas programadas e extraordinárias suficientes para cumprir os limites da seção 6, observada a estabilidade de cada material. A logística será própria ou formalmente subcontratada pelo prestador, com responsabilidades documentadas e fiscalização pelo IBSAÚDE.

Para exames do painel de urgência, o tempo máximo entre a conclusão da coleta e a chegada ao laboratório será de 20 minutos nas prioridades vermelha e laranja, 30 minutos na amarela, 40 minutos na verde e 60 minutos na azul. Esses limites integram o prazo total do resultado e serão reduzidos sempre que a estabilidade da amostra ou a necessidade clínica exigir. O contrato somente será iniciado após validação prática de percurso, horários críticos e capacidade de processamento compatíveis.

A cadeia de custódia registrará identificador da amostra, usuário e episódio, exame, prioridade, coletador, data e hora de coleta, acondicionamento, saída, transportador, chegada, recebedor, condições de temperatura quando exigidas,

integridade e intercorrências. A conferência no laboratório externo verificará a correspondência com o pedido e os critérios de aceitação. A amostra rejeitada será registrada e comunicada imediatamente à UPA para decisão sobre recoleta, preservando os horários e o motivo do atraso.

Gasometria, lactato e outros exames sensíveis ao tempo terão procedimento específico para tipo de amostra, recipiente, preparo, temperatura, estabilidade e tempo até a análise, conforme método validado e fabricante. Não será utilizada a rota de amostras estáveis para material que exija processamento mais rápido. A contratada demonstrará que a logística mantém a confiabilidade do resultado; se a condição pré-analítica não puder ser atendida, a equipe médica será imediatamente informada para adotar alternativa assistencial segura, inclusive acesso regulado à referência quando necessário.

Falha de veículo, atraso, acidente, perda de temperatura ou indisponibilidade do laboratório acionará imediatamente o transporte de reserva ou a alternativa laboratorial regularizada e previamente definida. Não se utilizará a ambulância assistencial da UPA como transporte rotineiro de amostras nem se retirará sua tripulação da cobertura de transporte sanitário. A ocorrência terá registro, comunicação à gestão e avaliação da segurança das amostras e da necessidade de recoleta.

O laboratório manterá controle interno e externo da qualidade, calibração, manutenção, validação dos métodos, rastreabilidade de lotes, registros de temperatura e procedimentos de biossegurança. Testes à beira leito integrarão a supervisão laboratorial, com treinamento dos operadores e registros dos controles. Resultado fora dos critérios de qualidade não será liberado como válido.

2.6.4. Radiologia e Ultrassonografia

A radiologia convencional será executada por empresa contratada nas instalações de cada UPA, com oferta de imagens 24 horas por dia. O escopo abrangerá exames convencionais indicados para urgência, especialmente tórax, abdome e segmentos osteoarticulares, com incidências definidas pela solicitação e

pelos protocolos técnicos. A realização à beira leito dependerá de equipamento móvel disponível e autorizado para esse uso, sem deslocamento inseguro do usuário crítico.

Cada UPA terá cobertura contínua de, no mínimo, um posto de técnico ou tecnólogo em radiologia habilitado, com substituição para intervalos, afastamentos e demandas simultâneas. A contratada dimensionará o quadro conforme a jornada legal da categoria; para técnicos sujeitos a 24 horas semanais, a cobertura de 168 horas por semana corresponde a sete profissionais equivalentes antes das reservas. O quantitativo final incluirá cobertura adicional de ausências e obedecerá às regras de saúde ocupacional aplicáveis.

A emissão dos laudos radiológicos terá cobertura médica contratada durante as 24 horas, presencial ou por telerradiologia. Na modalidade remota, as imagens serão transmitidas com identificação inequívoca, qualidade diagnóstica e acesso seguro ao médico com qualificação e registro de especialidade exigíveis. O laudo conterá identificação do usuário, exame e data, descrição, conclusão e identificação e assinatura do médico responsável. A disponibilidade da imagem para avaliação clínica não substituirá a emissão do laudo contratado.

A operação observará a RDC Anvisa nº 611/2022 e as instruções normativas aplicáveis à modalidade, com programas de garantia da qualidade, proteção radiológica quando pertinente, educação permanente, manutenção e testes de desempenho. Serão adotadas rotinas de justificação e otimização da exposição, atenção à possibilidade de gestação, proteção do trabalhador e prevenção de repetição desnecessária de imagens.

A ultrassonografia será executada por empresa especializada contratada, responsável pela cobertura médica, realização dos exames e emissão dos laudos, com um posto médico presencial de seis horas diárias por UPA, proposto das 7h às 13h, todos os dias, conforme a cobertura diurna prevista no dimensionamento do edital. O profissional terá habilitação e qualificação compatíveis com os exames realizados. O elenco compreenderá ultrassonografia abdominal, de vias urinárias, pélvica, obstétrica e de partes moles, conforme indicação, competência profissional

e capacidade técnica contratada. Exames especializados não integrantes desse escopo seguirão referência regulada.

Além do posto fixo, será contratada cobertura de sobreaviso para solicitações urgentes fora dessa janela, com confirmação imediata do acionamento e chegada do médico à UPA em até 30 minutos. Essa cobertura adicional será prevista no contrato e no orçamento, sem reduzir o posto diurno obrigatório. Pedidos estáveis permanecerão sujeitos aos prazos da seção 6, e exames sem indicação de urgência serão direcionados à rede apropriada, sem uso da UPA como agenda eletiva.

O médico executor emitirá o laudo ultrassonográfico, com imagens representativas e registro no episódio assistencial. Em achado crítico, a comunicação ao assistente ocorrerá durante o exame ou imediatamente após seu reconhecimento. A necessidade de exame especializado, a ausência de condição técnica ou a impossibilidade de cumprir prazo seguro determinará contato médico com a referência e com a regulação, sem aguardar passivamente o próximo turno.

2.6.5. Eletrocardiografia e Interpretação Médica

O eletrocardiograma de 12 derivações estará disponível nas duas UPAs durante as 24 horas. A aquisição do traçado será realizada pelos profissionais habilitados da própria unidade, sob organização da coordenação de enfermagem, com equipamentos e insumos disponíveis em cada UPA. A empresa contratada será responsável pela emissão dos laudos e pelo apoio médico remoto à interpretação. A escala assistencial contemplará a execução do procedimento e a simultaneidade de demandas, sem descobertura dos demais postos e cuidados.

A realização do exame será realizada por enfermeiro ou técnico de enfermagem da unidade habilitado e treinado, respeitadas as competências de sua categoria e a supervisão do enfermeiro quando exigida. O procedimento incluirá conferência de identidade, orientação, privacidade, preparo da pele, posicionamento correto dos eletrodos, identificação do traçado, avaliação de artefatos e repetição tecnicamente indicada, com registro do horário de realização.

O médico assistente avaliará o traçado assim que disponível, imediatamente nas urgências, e tomará as decisões necessárias. A interpretação clínica à beira leito não ficará condicionada ao recebimento do laudo remoto. A empresa contratada para laudos assegurará médico cardiologista com qualificação e registro de especialidade exigíveis para telediagnóstico, acessível 24 horas para laudo formal e discussão de alterações relevantes. Transmissão, assinatura e guarda observarão os requisitos de telemedicina e de segurança da informação.

Em suspeita de síndrome coronariana aguda, o compromisso será realizar e disponibilizar o eletrocardiograma para interpretação médica em até dez minutos da chegada do usuário, independentemente da cor inicialmente atribuída. Suspeitas de arritmia instável ou outra emergência determinarão realização imediata, em paralelo à estabilização. A interpretação automatizada do equipamento será apenas auxiliar e não substituirá a avaliação médica.

A necessidade de traçados seriados será definida pelo médico e pelo protocolo clínico. Cada repetição terá pedido ou justificativa, horário e interpretação próprios. Resultado inicial normal não será usado isoladamente para excluir condição aguda nem impedir reavaliação diante de persistência ou mudança dos sintomas.

2.6.6. Tempos de Resposta por Prioridade Clínica

Os tempos abaixo constituem compromissos operacionais desta proposta para incorporação aos contratos e à fiscalização. Não são apresentados como prazos legais gerais. A classificação de risco determinará a prioridade, mas a suspeita clínica e o agravamento poderão exigir resposta mais rápida em qualquer cor. O tempo para primeiro atendimento previsto não se confunde com o tempo para resultado de exame e não será ampliado por estas tabelas.

Os prazos totais serão contados da solicitação registrada até a disponibilização do resultado validado ou do laudo ao médico assistente, incluindo preparação, coleta, acondicionamento, retirada e transporte da amostra, recebimento no laboratório, análise, validação ou aquisição da imagem e

transmissão, conforme a modalidade. Serão registrados também os intervalos de cada etapa, permitindo identificar atrasos anteriores à chegada da amostra ao laboratório. Preparos indispensáveis e tempos biológicos terão justificativa especifica, sem reinicio artificial do relógio; o médico decidirá alternativa segura quando a espera for incompatível com o quadro.

2.6.6.1. Análises clínicas de urgência

A tabela aplica-se ao painel laboratorial de urgência processado externamente, inclusive troponina inicial, sem abranger culturas ou métodos que exijam tempo biológico maior. Os prazos incluem o transporte e serão exigidos do prestador contratado. A coleta do paciente vermelho ocorrerá junto à estabilização, sem retardar medidas de suporte.

Prioridade clínica	Inicio da coleta após solicitação	Resultado validado apos solicitação
Vermelho emergência	Imediato, até 5 minutos	Até 60 minutos
Laranja muito urgente	Até 10 minutos	Até 60 minutos
Amarelo urgente	Até 20 minutos	Até 90 minutos
Verde pouco urgente	Até 30 minutos	Até 120 minutos
Azul não urgente	Até 60 minutos	Até 180 minutos

A glicemia capilar à beira leito terá resultado em até dez minutos da solicitação e resposta imediata quando necessária ao atendimento de emergência. Para gasometria e lactato, o compromisso será de até 45 minutos nas prioridades vermelha e laranja, até 60 minutos na amarela, até 90 minutos na verde e até 120 minutos na azul, sempre com transporte prioritário e processamento dentro da estabilidade validada do material. O prazo de resultado não autoriza conservar a amostra por todo esse intervalo se o método exigir análise anterior. Na necessidade clínica de resposta imediata, o médico adotará as medidas de estabilização e a alternativa diagnóstica ou de referência disponivel, sem aguardar passivamente o limite contratual.

A troponina inicial será disponibilizada em até 60 minutos da solicitação nas prioridades vermelha e laranja e nos demais casos de suspeita de síndrome coronariana aguda, independentemente da cor inicial. Para os demais usuários, prevalecerão os prazos da tabela. A contratada selecionará método e fluxo compatíveis, incluindo o tempo de preparo da amostra, e manterá disponibilidade ininterrupta. Amostras seriadas seguirão o intervalo definido pelo protocolo e pelo método, com prazo de processamento próprio para cada solicitação.

Testes rápidos serão lidos no intervalo de tempo estabelecido pelo fabricante, com disponibilização em até 60 minutos da solicitação e antecipação conforme urgência; somente serão selecionados métodos compatíveis com esse compromisso. Testes confirmatórios e exames especializados terão prazo individual registrado no catálogo e informado ao assistente na solicitação. A classificação vermelha não permite abreviar artificialmente incubação ou etapa técnica obrigatória.

Culturas serão encaminhadas sem atraso evitável, com informação do andamento em até 24 horas do recebimento no laboratório de referência, atualização até 48 horas e comunicação imediata de crescimento significativo assim que detectado. Para culturas bacterianas usuais, o prazo contratual de conclusão será de até 120 horas do recebimento, ressalvadas técnicas e agentes que exijam incubação prolongada, identificados previamente no catálogo. Identificação e sensibilidade serão liberadas conforme crescimento e método. Esses tempos biológicos aplicam-se às cinco prioridades; vermelho e laranja terão coleta e despacho imediatos, discussão direta com o laboratório e liberação antecipada de resultados parciais disponíveis. A coleta não retardará tratamento urgente.

2.6.6.2. Radiologia convencional

Prioridade clínica	Aquisição da imagem após solicitação	Laudo disponível após solicitação
Vermelho emergência	Imediata, até 15 minutos	Até 30 minutos
Laranja muito urgente	Até 20 minutos	Até 45 minutos
Amarelo urgente	Até 45 minutos	Até 90 minutos
Verde pouco urgente	Até 60 minutos	Até 120 minutos
Azul não urgente	Até 90 minutos	Até 180 minutos

A imagem será disponibilizada ao assistente assim que registrada. Achados críticos serão comunicados imediatamente, antes do limite do laudo final. A segurança do transporte do usuário será avaliada pela equipe assistencial; instabilidade impedirá deslocamento inadequado e exigirá alternativa à beira leito, avaliação clínica ou transferência, conforme os recursos disponíveis e a decisão médica.

2.6.6.3. Ultrassonografia

Os limites abaixo incluem realização e laudo. A primeira coluna de prazo corresponde ao médico presencial das 7h às 13h; a segunda incorpora o acionamento do sobreaviso fora dessa janela. Pedidos cujo prazo ultrapasse o fim do turno serão assumidos pelo sobreaviso, mantendo-se a contagem original.

Prioridade clínica	Laudo no período presencial	Laudo fora do período presencial
Vermelho emergência	Até 30 minutos	Até 60 minutos
Laranja muito urgente	Até 60 minutos	Até 90 minutos
Amarelo urgente	Até 120 minutos	Até 180 minutos
Verde pouco urgente	Até 180 minutos	Até 240 minutos
Azul não urgente	Até 240 minutos	Até 360 minutos

Os prazos pressupõem solicitação clinicamente pertinente ao escopo da UPA e capacidade de aguardar sob acompanhamento seguro. Não autorizam

permanência desnecessária nem espera de paciente instável. Na emergência, a avaliação médica e a estabilização serão imediatas; se o tempo até a ultrassonografia comprometer a conduta, a equipe acionará referência e regulação de imediato, com registro da decisão, sem usar o prazo de 60 minutos como tempo obrigatório de espera.

2.6.6.4. Eletrocardiografia

Prioridade clínica	Traçado disponível após solicitação	Laudo médico formal após solicitação
Vermelho emergência	Imediato, até 10 minutos	Até 20 minutos
Laranja muito urgente	Até 15 minutos	Até 30 minutos
Amarelo urgente	Até 30 minutos	Até 60 minutos
Verde pouco urgente	Até 60 minutos	Até 90 minutos
Azul não urgente	Até 90 minutos	Até 120 minutos

A interpretação pelo médico assistente ocorrerá assim que o traçado estiver disponível, imediatamente em situação crítica. Na suspeita de síndrome coronariana aguda, prevalecerá o compromisso de até dez minutos da chegada para aquisição e disponibilização à interpretação, em todas as cores. O laudo formal e a discussão remota complementarão essa avaliação sem atrasar a terapêutica ou a regulação.

2.6.7. Identificação e Comunicação de Resultados Críticos

Antes do início da operação, os responsáveis técnicos dos prestadores e a direção médica aprovarão uma lista de valores e achados críticos por modalidade, considerando idade, método e contexto clínico. A lista contemplará, entre outros, alterações graves de eletrólitos e glicose, distúrbios relevantes de gasometria, resultados hematológicos potencialmente fatais, crescimento microbiológico relevante e achados de imagem ou eletrocardiográficos que exijam ação imediata. Os limites numéricos laboratoriais serão definidos por método e população, evitando adoção de valores universais sem validação.

Reconhecido o achado, o profissional verificará identidade, integridade técnica e coerência do resultado, sem atrasar alerta necessário por repetição desnecessária. O contato com o médico assistente será direto e imediato, por telefone institucional, com início do acionamento no próprio momento do reconhecimento. Será adotado limite de cinco minutos para confirmação documentada do recebimento; risco iminente exigirá acionamento instantâneo da equipe de emergência.

O comunicante informará dois identificadores do usuário, exame, valor e unidade ou achado, horário e limitações pertinentes. O médico repetirá a informação essencial para confirmação, procedimento de leitura de retorno. A simples publicação no portal, o envio de mensagem sem confirmação ou a impressão do laudo não encerrarão a comunicação crítica.

Não localizado o assistente, o prestador acionará imediatamente o médico responsável pelo setor e o coordenador médico de plantão, com apoio do enfermeiro do setor para localizar o profissional e proteger o usuário. A sequência será mantida até confirmação por médico responsável, sem aguardar o encerramento dos cinco minutos para iniciar a escalada. Falha de contato, atraso e medidas adotadas constituirão ocorrência rastreável.

O registro no prontuário e no controle do prestador conterá exame e resultado, data e hora do reconhecimento, tentativas, hora da comunicação efetiva, nomes e identificação profissional de quem comunicou e recebeu e confirmação da leitura de retorno. O médico registrará avaliação, conduta, reavaliação e eventual acionamento da regulação. Achado crítico identificado após alta exigirá localização ativa do usuário e avaliação médica da necessidade de retorno imediato ou acionamento da rede de urgência, com registro das tentativas e do desfecho.

2.6.8. Integração dos Resultados e Proteção da Informação

Todos os resultados serão vinculados ao episódio assistencial e acessíveis aos profissionais autorizados, com trilha de auditoria e identificação do autor. O laudo preservará a autoria do serviço executor; correções terão histórico,

justificativa e comunicação ao assistente quando alterarem a interpretação. O usuário terá acesso pelos canais institucionais, mediante identificação, preservados os direitos de representantes legais e as regras de sigilo.

A contratada fornecerá solução de informação laboratorial, visualização de imagens e transmissão de eletrocardiogramas compatível com o fluxo da unidade. A integração ao prontuário será definida e testada antes da operação, por interface validada ou incorporação segura do documento, com conferência de identidade, integridade e disponibilidade dos resultados.

Os contratos disciplinarão finalidade, perfis de acesso, confidencialidade, segurança, subcontratação e tratamento de incidentes, observando a Lei nº 13.709/2018 e as responsabilidades definidas na parceria. A transmissão de imagens e traçados terá autenticação, proteção dos dados e identificação do destinatário. Relatórios gerenciais utilizarão dados agregados sempre que possível; os prontuários e laudos não serão divulgados publicamente.

2.6.9. Continuidade e Contingência Operacional

A indisponibilidade de equipamento, pessoal, insumo, energia, comunicação ou sistema será informada imediatamente à coordenação da unidade e ao médico do setor. A contratada manterá substitutos, estoque técnico, manutenção e alternativas de processamento ou laudo suficientes para preservar os prazos contratados. A utilização de outro estabelecimento exigirá capacidade comprovada, transporte seguro e registro integral do encaminhamento.

Na falha de sistema, pedidos e resultados serão registrados em formulários de contingência numerados, com identificação, prioridade, horários e assinatura do responsável. Resultados críticos continuarão sujeitos ao contato direto e ao registro em prontuário. Restabelecido o sistema, os documentos serão incorporados com conferência, preservando a distinção entre o horário real do evento e o horário de lançamento.

Na perda de comunicação com o serviço remoto, o prestador utilizará canal alternativo seguro ou profissional substituto habilitado. A avaliação médica local do

eletrocardiograma permanecerá ativa. Se a alternativa não permitir decisão segura ou cumprimento do prazo clínico, o médico acionará referência e regulação, mantendo estabilização e acompanhamento até a transferência. A ruptura contratual ou a ausência de profissional não será motivo para desassistência sem providência imediata de substituição e comunicação à gestão.

2.6.10. Monitoramento e Implantação

O cadastro de prestadores, a conferência de licenças, a definição dos catálogos e a pactuação dos níveis de serviço ocorrerão antes do início da execução. O laboratório apresentará evidências de viabilidade dos tempos de coleta, transporte, preparo e análise, com teste de percurso por UPA e plano de contingência. A operação externa somente será mobilizada após demonstrar compatibilidade com os prazos assumidos e com o perfil de urgência das unidades. Equipamentos, canais de laudo, rotas de amostras, acesso aos resultados, escalas e contingência serão testados antes da entrada em funcionamento. No primeiro mês, a gestão realizará acompanhamento diário e corrigirá desvios com os responsáveis técnicos, sem período de carência para os compromissos assistenciais.

Mensalmente, cada contratada apresentará produção por UPA, modalidade e prioridade; tempos totais e por etapa, inclusive coleta até chegada ao laboratório; integridade e condições de transporte; exames fora do prazo; recoletas; rejeições de amostras; repetição de imagens; indisponibilidades; controles da qualidade e comunicações críticas. A análise distinguirá exames concluídos, cancelados e pendentes, evitando excluir atrasos do denominador.

O indicador de cumprimento será o número de exames liberados dentro do prazo aplicável dividido pelo total de exames sujeitos ao mesmo prazo, multiplicado por 100, por modalidade, prioridade e unidade. A meta gerencial será de pelo menos 90% em cada estrato, mantendo todos os prazos individuais como compromissos contratuais. Para resultados críticos, a meta será 100% de

comunicações com confirmação e registro; todo desvio será analisado individualmente.

A coordenação médica e os responsáveis técnicos revisarão mensalmente atrasos e eventos, com plano de ação, responsável e prazo. Os resultados serão encaminhados à gestão do IBSAÚDE e disponibilizados à Secretaria Municipal da Saúde. A fiscalização contratual verificará ainda cobertura das escalas, adequação dos equipamentos e ausência de redução dos postos obrigatórios.

V.2.7. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO

A continuidade do atendimento nas UPAs Norte e Sul depende da disponibilidade de medicamentos, materiais processados, enxoval, ambientes higienizados, alimentação segura, proteção patrimonial e instalações e equipamentos em funcionamento. O IBSAÚDE organizará esses serviços de forma integrada à assistência, com responsáveis definidos, rotinas por turno, controles de qualidade e resposta às intercorrências.

A lavanderia, a alimentação e nutrição, a vigilância patrimonial e a higienização serão executadas por empresas especializadas contratadas. A farmácia e a gestão do processamento local de materiais permanecerão sob execução direta da entidade, com responsabilidade técnica própria. A gestão da manutenção será direta, apoiada por empresas habilitadas para intervenções técnicas. A contratação compreenderá obrigações e entregas documentadas e não afastará a responsabilidade do IBSAÚDE pela execução do objeto e pela fiscalização dos serviços.

2.7.1. Coordenação e Regime de Execução

O responsável administrativo da unidade coordenará a programação logística, os contratos, as entregas e os chamados, em articulação com as responsabilidades técnicas da farmácia, enfermagem, nutrição, processamento de materiais e manutenção. A direção da unidade analisará as ocorrências que

possam comprometer a assistência e acionará imediatamente as medidas de continuidade.

Cada prestador apresentará escopo, licenças e registros aplicáveis, identificação dos responsáveis, escalas, procedimentos, equipamentos, insumos e plano de contingência. O contrato fixará critérios de qualidade, prazos, reposição de pessoal, registros de execução, forma de medição e consequências do descumprimento. Os custos serão demonstrados na proposta financeira, sem duplicidade entre pessoal próprio, postos contratados e serviços faturados.

Serviço	Forma de execução proposta	Responsável pela fiscalização no IBSAÚDE
Farmácia e assistência farmacêutica	Direta, com farmacêuticos e equipe de apoio	Responsável técnico farmacêutico e gestão da unidade
Processamento local de materiais	Direta, por equipe habilitada; processamento externo especializado ou de contingência contratado	Responsável pela CME e RT de enfermagem
Rouparia e distribuição interna de enxoval	A lavagem das roupas será realizada por empresa especializada externa, e a distribuição nas unidades será executada pela equipe interna, com responsável local designado por turno.	Gestão administrativa e liderança de enfermagem
Lavanderia e transporte externo de roupas	Empresa especializada contratada	Gestão do contrato, rouparia e apoio do controle de infecção
Higienização e limpeza, incluindo coleta interna de resíduos	Empresa especializada contratada	Gestão do contrato, enfermagem e controle de infecção
Gerenciamento de resíduos	Gestão e segregação na origem diretas; coleta externa, tratamento e destinação por prestadores autorizados	Responsável pelo PGRSS e gestão administrativa
Vigilância patrimonial	Empresa de segurança privada contratada, com cobertura ininterrupta	Gestão administrativa da unidade
Alimentação e nutrição	Empresa especializada contratada, com responsável	Nutricionista CLT , gestão do contrato e direção da unidade.

	técnico próprio pelo serviço executado.	
Manutenção predial e de equipamentos	Gestão e verificações operacionais diretas; execução técnica contratada conforme especialidade	Responsável de manutenção e responsável técnico de engenharia aplicável
Radiologia e ultrassonografia	Empresas contratadas, conforme organização do apoio diagnóstico	Direção médica e gestão dos contratos
Eletrocardiografia	Realização do exame pela equipe habilitada da unidade; empresa contratada para laudos e apoio à interpretação	Direção médica e coordenação de enfermagem

A matriz explicita também a interface com o apoio diagnóstico: os profissionais da unidade realizarão o eletrocardiograma dentro de suas competências, com avaliação imediata pelo médico assistente quando indicada e laudo por empresa contratada. As coberturas e os prazos diagnósticos serão tratados na organização específica desses serviços.

2.7.2. Farmácia e Assistência Farmacêutica

A farmácia de cada UPA funcionará 24 horas por dia, todos os dias, com presença de farmacêutico habilitado em todo o horário de funcionamento. Será designado responsável técnico perante o Conselho Regional de Farmácia e a autoridade sanitária, com substituição formal em seus afastamentos e manutenção dos documentos de regularidade. A responsabilidade técnica será identificada por unidade.

Será assegurado, em cada UPA, um posto de farmacêutico no turno diurno e um no noturno, com cinco profissionais de referência para cobertura, além de dois postos de técnico ou auxiliar de farmácia no diurno e um no noturno, com sete profissionais de referência. O IBSAÚDE organizará substituições e reservas para manter os postos efetivamente cobertos durante férias, afastamentos e intervalos, sem utilizar o quantitativo de referência como autorização para deixar turnos descobertos.

O recebimento incluirá conferência da ordem de compra, nota fiscal, produto, apresentação, quantidade, fabricante, lote, validade, integridade e condições de transporte. Produtos não conformes permanecerão segregados até definição do destino. O armazenamento observará acesso restrito, condições ambientais e temperatura exigidas pelo fabricante, controle dos termolábeis e prevenção de trocas entre apresentações semelhantes.

A dispensação será vinculada ao usuário, ao atendimento e à prescrição válida, após avaliação farmacêutica dos aspectos técnicos e legais, das doses, vias, alergias, duplicidades, interações e demais riscos pertinentes. Dúvidas serão esclarecidas com o prescritor e registradas. A equipe de apoio atuará sob supervisão farmacêutica, sem substituí-la na avaliação técnica. Haverá conferência e registro da entrega, da devolução e das perdas.

Os medicamentos serão organizados pelo critério primeiro que vence, primeiro que sai, respeitadas as condições de conservação. O sistema G-Hosp será utilizado para entradas, saídas, saldos, lotes, validades, inventários, consumo e ressuprimento. O farmacêutico verificará diariamente itens críticos e estoques mínimos, ajustados ao consumo, ao prazo de reposição e à reserva de segurança. Divergências entre estoque físico e sistema terão investigação e autorização documentada para correção.

Medicamentos sujeitos a controle especial permanecerão em local restrito e protegido, com guarda, controle e escrituração exigidos pela Portaria SVS/MS nº 344/1998 e suas atualizações e pelas regras aplicáveis ao estabelecimento. Será adotado o instrumento de escrituração exigido pela autoridade competente, sem presumir que o registro comum de estoque substitui os controles legais. Produtos vencidos, avariados ou recolhidos serão bloqueados e encaminhados conforme o gerenciamento de resíduos e a logística reversa cabível.

Carros de emergência e estoques descentralizados serão padronizados e conferidos por turno pela equipe assistencial, com apoio da farmácia para reposição, validade e rastreabilidade. A reposição após uso de emergência será imediata. A administração seguirá prescrição e os registros de enfermagem; o

atendimento de urgência não será retardado por etapa administrativa de dispensação.

2.7.3. Processamento de Materiais

O processamento local será organizado em cada UPA de acordo com a capacidade e a classificação sanitária de sua Central de Material e Esterilização, sob coordenação de enfermeiro responsável e com profissionais habilitados, treinados e alocados em escala compatível com o volume e o tempo dos ciclos. A disponibilidade de material processado será assegurada durante as 24 horas, mediante produção programada, distribuição por turno e reserva técnica. A alocação para o processamento será demonstrada no dimensionamento, sem retirar a cobertura mínima dos postos assistenciais internos.

O fluxo será progressivo: recebimento do material usado no expurgo, limpeza, enxágue, secagem, inspeção, preparo e embalagem, esterilização quando indicada, avaliação e liberação, guarda protegida e distribuição limpa. A recepção suja e as etapas limpas permanecerão separadas conforme o enquadramento sanitário, sem cruzamento entre material contaminado e produto processado, em coerência com o fluxo unidirecional apresentado na proposta.

A seleção do processo dependerá do risco e das instruções do fabricante: produtos críticos serão esterilizados; semicríticos receberão o processamento requerido para sua finalidade; não críticos serão limpos e submetidos à desinfecção indicada. Não haverá reprocessamento de produtos proibidos nem uso de tecnologia incompatível. O processamento interno somente ocorrerá após comprovação das condições sanitárias e técnicas necessárias.

Cada ciclo terá registro do equipamento, data, operador, carga, parâmetros físicos e monitoramentos químicos e biológicos aplicáveis. A liberação dependerá de resultados satisfatórios, secagem, integridade e identificação. O monitoramento biológico será diário e por carga de implantáveis quando aplicável; o teste de remoção de ar será realizado no primeiro ciclo do dia dos equipamentos a vácuo

abrangidos. Serão observadas qualificação, calibração e requalificação conforme os eventos e as periodicidades normativas.

A identificação de pacotes e lotes permitirá recuperar o histórico do processamento, o setor destinatário e a utilização nos procedimentos abrangidos pela rastreabilidade. Material úmido, com embalagem comprometida ou monitoramento insatisfatório será bloqueado, com investigação e eventual recolhimento. Os registros do processamento serão mantidos por pelo menos cinco anos, sem prejuízo de prazo especifico maior e da guarda dos dados incorporados ao prontuário.

Quando o produto exigir método indisponível localmente ou ocorrer falha da capacidade interna, será acionada empresa processadora regularizada, previamente qualificada. O contrato estabelecerá etapas, acondicionamento, transporte, rastreabilidade e prazo de devolução. A reserva e o prestador de contingência deverão sustentar a continuidade, sem abreviar ciclos ou dispensar controles. O recebimento de material processado externo ocorrerá exclusivamente pelo circuito limpo.

2.7.4. Rouparia e Lavanderia Contratada

A lavanderia será externa e executada por empresa especializada licenciada para o processamento de roupas de serviços de saúde. O contrato abrangerá retirada, transporte, processamento, embalagem e devolução protegida, com capacidade para a demanda das duas UPAs, identificação das remessas por unidade e fornecimento ou reposição do enxoval conforme a composição contratada.

A retirada na assistência ocorrerá com mínima agitação, sem sacudir a roupa, depositá-la no piso ou contar peças sujas manualmente. O enxoval usado será acondicionado no ponto de geração em sacos resistentes, fechados e identificados, com contenção adequada quando houver risco de extravasamento. A coleta interna utilizará carro exclusivo para roupa suja, até o local de guarda suja e retirada externa.

A contratada manterá separação dos circuitos sujo e limpo na unidade de processamento e no transporte, de modo a impedir contaminação cruzada. Serão exigidos procedimentos de lavagem, controles dos processos, manutenção, capacitação dos trabalhadores e evidências de qualidade. A roupa limpa retornará seca, íntegra e protegida e será recebida por acesso e circuito limpos, sem passar pelo expurgo ou pela guarda de roupa suja.

A rouparia interna ficará sob gestão direta do IBSAÚDE. O responsável local conferirá remessa, quantidade e tipo de peças, integridade, limpeza, umidade e condições de entrega. Peças não conformes serão segregadas e devolvidas para substituição, sem ingresso no estoque liberado. A distribuição ocorrerá em carros exclusivos para limpo, até os pontos de guarda assistenciais, com controle de saída e reposição por turno.

Como compromisso operacional inicial, haverá ao menos uma retirada de roupa suja e uma entrega de enxoval limpo por dia, com viagens adicionais conforme demanda. O estoque limpo e a reserva serão dimensionados para, no mínimo, 48 horas de consumo médio estimado, revistos pela ocupação e pelo histórico real, além das peças em uso e em processamento. A contratada manterá contingência de produção e transporte para evitar interrupção do abastecimento.

Serão registrados peso e volumes das remessas sujas, sem contagem manual, e quantidade e tipos das peças limpas recebidas, além de atrasos, perdas, rejeições e reposições. A gestão realizará conciliação mensal, fiscalização documental e visitas técnicas programadas ou motivadas por ocorrência. O enxoval limpo não será tratado genericamente como estéril; têxteis que exijam esterilidade seguirão processamento próprio validado.

A gestão e a fiscalização dos serviços serão realizadas pelo IBSAÚDE, por meio de responsável local designado, que acompanhará o cumprimento das rotinas e a qualidade das entregas. A lavagem das roupas será executada externamente por empresa especializada, enquanto o recebimento, a guarda e a distribuição interna das roupas limpas serão realizados por colaboradores do IBSAÚDE.

2.7.5. Higienização e Limpeza Contratadas

A higienização será executada por empresa especializada, com presença operacional nas duas UPAs durante as 24 horas e equipe dimensionada por área, turno, demanda e risco. A contratada fornecerá trabalhadores treinados, equipamentos, saneantes regularizados e insumos previstos no contrato. Um encarregado acompanhará a execução e manterá comunicação com a liderança de plantão, inclusive à noite, com supervisão presencial diária e inspeção de passagem de turno.

O plano de limpeza identificará ambientes, superfícies, equipamentos abrangidos, método, produto, diluição, tempo de contato, frequência e responsável. A classificação de risco será validada pelo controle de infecção conforme as atividades de cada ambiente. As frequências abaixo constituem mínimos operacionais propostos, ampliáveis diante de sujidade, derramamento, isolamento, aumento de circulação ou situação epidemiológica.

Área e risco	Limpeza concorrente mínima proposta	Limpeza terminal e situações adicionais
Áreas críticas: estabilização, isolamento e ambientes de procedimentos conforme avaliação de risco	Três vezes ao dia, uma em cada período, e sempre que necessário; superfícies de contato entre usuários e após contaminação	Após alta, transferência ou óbito e ao fim do isolamento; limpeza terminal programada semanal dos ambientes críticos não liberados integralmente, sem comprometer a assistência
Áreas semicríticas: observação sem isolamento, consultórios e salas de atendimento conforme atividade	Duas vezes ao dia e sempre que necessário; maca, cadeira e superfícies compartilhadas entre usuários conforme procedimento	Limpeza do leito e do entorno a cada desocupação; terminal geral programada quinzenal, antecipada por risco
Áreas não críticas: administração e espaços sem procedimentos de risco	Uma vez ao dia e sempre que necessário	Terminal geral mensal e após intervenções ou ocorrências que a justifiquem
Sanitários e locais de maior circulação	Sanitários ao menos três vezes ao dia; inspeção a cada duas horas para reposição e limpeza adicional; circulação ao menos	Imediata após sujidade ou contaminação; reforço conforme fluxo e avaliação de risco

	duas vezes ao dia	
Expurgo, guarda de roupa suja e abrigo de resíduos	Diária, após as retiradas programadas e sempre que necessário, com materiais exclusivos	Após derramamentos e situações de contaminação, respeitando a especificidade de cada área

A periodicidade programada não substituirá a limpeza imediata após contaminação. Ambientes em uso contínuo terão limpeza organizada por setores ou leitos, com liberação segura e acompanhamento da enfermagem. A equipe não interromperá procedimento crítico para cumprir horário de limpeza e não deixará superfície contaminada sem sinalização, contenção e providência imediata.

O método seguirá do mais limpo para o mais sujo e das superfícies superiores para as inferiores, com técnica úmida, prevenção de dispersão de partículas e equipamentos separados por finalidade e área. Não haverá varredura seca nem mistura de produtos. A desinfecção, quando indicada, respeitará compatibilidade, diluição e tempo de contato do saneante. Materiais usados em sanitários, expurgo ou isolamento não serão utilizados em superfícies assistenciais limpas.

A limpeza de equipamentos assistenciais terá matriz de responsabilidades: a equipe clínica realizará as etapas que exijam manipulação técnica, desconexão ou preservação de parâmetros; a empresa executará as superfícies e atividades autorizadas conforme instrução do fabricante. Equipamentos elétricos não serão submetidos a procedimento que comprometa sua segurança. O processamento de produtos para saúde permanecerá distinto da limpeza ambiental.

A execução será registrada por ambiente, data, horário, tipo de limpeza e trabalhador. O encarregado e a liderança da unidade conferirão a qualidade visual, o cumprimento das rotinas e a disponibilidade de insumos, com auditorias periódicas do controle de infecção. Serão avaliadas superfícies de alto toque e ocorrências de repetição de limpeza; não conformidade exigirá refazimento imediato, orientação e registro.

2.7.6. Gerenciamento de Resíduos

Cada UPA manterá PGRSS adequado aos resíduos efetivamente gerados, com profissional responsável formalmente designado, diagnóstico dos pontos geradores, capacitação e registros. A segregação ocorrerá no local e momento da geração, sob responsabilidade de quem realiza a atividade. O manejo interno será executado por trabalhadores treinados da empresa de higienização, com supervisão institucional.

Serão contemplados os grupos A, B, D e E previstos no objeto. Resíduos infectantes seguirão segregação e tratamento conforme o subgrupo e o risco; químicos, inclusive medicamentos, terão destinação compatível com suas características; comuns seguirão coleta e disposição autorizadas, com reciclagem somente dos materiais aptos; perfurocortantes utilizarão recipientes rígidos próprios, respeitando o limite de enchimento e sem reencape ou esvaziamento manual. A eventual geração de resíduos do grupo C exigirá fluxo específico conforme as regras da CNEN, sem mistura aos demais grupos.

A coleta interna ocorrerá ao menos duas vezes ao dia e sempre antes do limite dos recipientes ou da necessidade sanitária, com horários e rotas separados da distribuição de refeições, medicamentos, enxoval limpo e materiais processados. Os recipientes serão fechados e identificados e transportados em equipamentos exclusivos até a guarda temporária, quando utilizada, e o abrigo externo. Os pontos de armazenamento terão acesso controlado, conservação e higienização próprios.

A coleta externa, o transporte, o tratamento e a destinação serão executados por prestadores regularizados e licenciados, conforme o grupo. Para resíduos comuns será utilizado o serviço público autorizado quando disponível e compatível com o fluxo local, evitando duplicidade de custeio. A frequência será definida no PGRSS segundo volume e limites sanitários de armazenamento, com retirada extraordinária antes de saturação ou risco, sem fixação genérica de prazo único para todos os resíduos.

O IBSAÚDE conferirá licenças, contrato, comprovantes de coleta, pesagens e certificados de tratamento e destinação, inclusive manifestos de transporte quando exigíveis. O controle vinculará a unidade geradora, grupo, quantidade, transportador e destinatário. Derramamento, acidente ou coleta não realizada acionará contenção, proteção dos trabalhadores, registro e contingência, sem disposição irregular.

2.7.7. Vigilância Patrimonial Contratada

A vigilância patrimonial será prestada por empresa especializada, em regime ininterrupto de 24 horas, nas duas UPAs. A proposta adotará vigilância desarmada, com profissionais habilitados, meios de comunicação e dimensionamento conforme acessos, áreas externas e análise de risco. A empresa manterá os postos cobertos, inclusive em intervalos e afastamentos, com substituição imediata para evitar descobertura.

O serviço compreenderá proteção de pessoas e patrimônio, controle de acesso a áreas restritas, rondas internas e externas compatíveis com a assistência, prevenção de invasões e apoio ao manejo de incidentes. O controle de acesso não impedirá atendimento de urgência nem substituirá acolhimento, classificação de risco ou decisão assistencial. A abordagem preservará dignidade, acessibilidade e permanência de acompanhantes nas hipóteses legalmente asseguradas.

O posto manterá livro ou sistema de ocorrências, com horário, local, descrição e providências, evitando exposição indevida de informações clínicas. Haverá contatos de emergência e protocolos para violência, incêndio, extravio patrimonial e acionamento da segurança pública. A equipe será orientada em desescalada de conflitos e não executará contenção clínica por iniciativa própria.

O monitoramento eletrônico, quando utilizado, será restrito aos locais adequados à segurança, sem captação de procedimentos e espaços de intimidade. Acesso, retenção e fornecimento de imagens seguirão política institucional e a legislação de proteção de dados. A gestão conferirá diariamente postos, rondas e

ocorrências e verificará regularmente a autorização da empresa e a regularidade dos profissionais.

2.7.8. Alimentação e Nutrição

O serviço de alimentação dos usuários será executado por empresa especializada, com produção em estabelecimento licenciado, transporte e entrega às UPAs, recebimento e distribuição em condições sanitárias adequadas. O fornecimento contemplará os usuários em espera de transferência regulada ou em situação excepcional justificada. A alimentação de acompanhantes observará as hipóteses legalmente asseguradas e as condições aplicáveis ao serviço.

Os colaboradores receberão vale-alimentação, cujo custo será previsto nas rubricas de benefícios da proposta financeira. Como o Termo de Referência também prevê alimentação dos profissionais em regime de plantão, a adoção do benefício não será considerada, por si só, substituição dessa obrigação, cujo atendimento deverá ser assegurado na execução da parceria.

O nutricionista contratado pelo IBSAÚDE, sob regime CLT e previsto no quadro de pessoal do item V.2.9, atuará no acompanhamento e na fiscalização do serviço de alimentação nas unidades, verificando a adequação dos cardápios às necessidades assistenciais, as condições de recebimento e distribuição das refeições e o cumprimento dos requisitos de qualidade contratados.

A empresa fornecedora manterá nutricionista responsável técnico próprio, responsável pelas atividades de produção, acondicionamento e transporte das refeições sob sua execução. Essa responsabilidade técnica integrará o preço contratado com a fornecedora.

O custo do nutricionista CLT do IBSAÚDE será contabilizado exclusivamente na composição de pessoal próprio, sem inclusão adicional na equipe ou no preço dos serviços terceirizados. As atribuições de cada parte serão discriminadas no contrato, evitando sobreposição de funções e duplicidade de custos.

O cardápio será planejado pelo nutricionista, com variedade, adequação nutricional e condições de aceitação. As dietas dos usuários dependerão de

avaliação e prescrição pertinentes, considerando idade, alergias, intolerâncias, restrições e segurança da deglutição. Jejum e risco de aspiração serão respeitados; o recebimento de refeição não autorizará oferta oral sem liberação assistencial. A necessidade de suporte nutricional especializado seguirá o fluxo clínico e regulatório próprio.

A contratada garantirá o fornecimento aos usuários elegíveis em todos os dias e turnos, inclusive finais de semana e feriados, com refeições principais em horários pactuados e atendimento às admissões e intercorrências noturnas. Como compromisso operacional, a dieta autorizada fora do horário regular será disponibilizada em até 60 minutos da solicitação, com alternativa segura de pronta disponibilidade para situações que exijam resposta mais rápida. A assistência a alterações metabólicas urgentes seguirá prescrição e não aguardará a logística de refeições.

O recebimento verificará fornecedor, refeição ou lote, horários de preparo e entrega, quantidade, identificação, integridade, validade e temperatura. Preparações quentes serão conservadas acima de 60 °C pelo período permitido e preparações frias conforme o alimento e o processo validado, observadas as boas práticas e a norma local. Os controles abrangerão transporte, recebimento, conservação e distribuição. Produto fora do padrão será recusado ou segregado, com reposição e registro, sem reaquecimento improvisado para encobrir perda de controle.

A identificação das dietas individualizadas permitirá conferir usuário, prescrição e restrições antes da entrega. A empresa manterá Manual de Boas Práticas, procedimentos de higienização, controle de manipuladores, prevenção de pragas, rastreabilidade e plano de contingência. A coleta e a guarda de amostras de refeições observarão as exigências sanitárias locais e o procedimento validado pelo responsável técnico.

A gestão conciliará mensalmente as refeições solicitadas, recebidas, distribuídas e faturadas, por UPA e público atendido, mantendo o controle do vale-alimentação dos colaboradores nas rotinas de recursos humanos e de gestão

financeira. A fiscalização do serviço incluirá temperatura, conformidade das dietas, pontualidade, aceitação, desperdício e visitas ao local de produção. Ocorrência suspeita de doença transmitida por alimentos determinará comunicação imediata à direção e ao nutricionista, preservação das evidências e acionamento da vigilância competente conforme o caso.

2.7.9. Manutenção Predial e de Equipamentos

O IBSAÚDE manterá coordenação direta da manutenção, com execução técnica por empresas habilitadas conforme a especialidade. O plano abrangerá instalações prediais, elétricas, hidráulicas e sanitárias internas, proteção contra descargas atmosféricas, climatização, gases medicinais, equipamentos médico-assistenciais, equipamentos administrativos e sistemas de apoio. Obras estruturais, ampliações e readequações arquitetônicas fora do objeto seguirão a competência e a autorização previstas na parceria.

O plano anual será elaborado a partir do inventário inicial, apresentado à gestão até o 30º dia de execução e revisto ao menos anualmente ou após evento relevante. Inspeções de segurança e manutenções vencidas serão tratadas desde o início da operação, sem aguardar a conclusão documental do plano. Cada bem terá identificação, localização, fabricante, modelo, número de série, condição de funcionamento, criticidade, instruções e histórico.

O plano definirá atividades por ativo, periodicidade, mês previsto, responsável, peças e insumos, necessidade de parada, testes e critério de liberação. Os manuais do fabricante, o risco e as exigências normativas prevalecerão sobre calendários genéricos. O planejamento incluirá verificações operacionais diárias de equipamentos críticos; inspeções mensais das instalações e pendências; intervenções preventivas, calibrações e qualificações nos intervalos tecnicamente aplicáveis; e revisão anual do desempenho do parque e das prioridades de substituição.

Também serão programados testes dos sistemas de emergência e reserva, controle dos gases medicinais e alarmes, manutenção da climatização com PMOC

quando exigível, controle dos reservatórios e potabilidade, proteção contra incêndio e verificações elétricas. Os serviços observarão qualificação profissional, requisitos de segurança e emissão de ART ou RRT quando cabível. Limpeza de reservatórios e análises integrarão o plano, embora água e esgotamento não sejam despesas de fornecimento custeáveis pela parceria.

Manutenção dos recursos físicos de acessibilidade

O plano de manutenção das UPAs Norte e Sul contemplará a conservação dos recursos de acessibilidade existentes, incluindo rampas, corrimãos, sanitários adaptados, vagas reservadas e sinalização tátil e visual, mantendo-os em condições de uso, desobstruídos e sinalizados.

A coordenação administrativa verificará diariamente as condições de acesso e circulação, providenciando a retirada de materiais, mobiliários ou outros obstáculos. Danos, desgaste e falhas de sinalização serão registrados e encaminhados à manutenção, com prioridade conforme o risco e acompanhamento até a correção.

As inspeções programadas incluirão esses recursos, com registro das condições encontradas e das intervenções realizadas. Durante reparos, serão adotadas alternativas seguras de circulação e apoio aos usuários. Necessidades de intervenção estrutural que ultrapassem a manutenção de rotina serão documentadas e comunicadas à SEMUS, conforme as responsabilidades da parceria.

Cronograma preliminar anual de manutenção

O IBSAÚDE adotará o cronograma preliminar apresentado a seguir para organizar as atividades de manutenção predial e de equipamentos das UPAs Norte e Sul durante os primeiros 12 meses de execução. O mês 1 corresponde ao primeiro mês de funcionamento sob responsabilidade da entidade.

A programação será individualizada por unidade e detalhada por instalação, sistema e equipamento a partir do inventário inicial, com apresentação do plano

anual à gestão até o 30º dia de execução. Esse detalhamento identificará os ativos, as intervenções, as periodicidades, os responsáveis, as datas previstas, os recursos necessários e os critérios de liberação para uso.

As datas considerarão o histórico de manutenção, os vencimentos existentes, a criticidade, as orientações dos fabricantes e as exigências técnicas aplicáveis. Atividades vencidas ou necessárias à segurança serão executadas prioritariamente desde o início da operação. A programação preliminar não autorizará o adiamento de intervenções obrigatórias ou urgentes.

Mês	Atividades programadas	Registros e entregas
1	Inventário técnico; avaliação das condições das instalações e dos equipamentos; classificação de criticidade; levantamento de manutenções, calibrações e inspeções vencidas ou próximas do vencimento; tratamento das situações prioritárias e elaboração do plano anual por UPA.	Inventário inicial, diagnóstico técnico, ordens de serviço prioritárias e plano anual detalhado.
2	Primeira rodada programada de manutenção dos equipamentos assistenciais críticos, conforme os vencimentos identificados; verificação dos sistemas de gases medicinais, alarmes e recursos de reserva.	Ordens de serviço, listas de verificação, relatórios técnicos e registros de liberação.
3	Inspeções programadas das instalações elétricas, hidráulicas e sanitárias; avaliação das necessidades de conservação predial e das condições dos sistemas de proteção elétrica.	Relatórios de inspeção, serviços executados e programação das correções remanescentes.
4	Revisão da climatização e acompanhamento das atividades previstas no PMOC, quando aplicável; conferência das condições dos equipamentos e sistemas de apoio.	Registros de manutenção, atualização do PMOC e relatório de pendências.
5	Intervenções programadas nos equipamentos de apoio diagnóstico e processamento de materiais, conforme o parque instalado; conferência dos testes, calibrações e qualificações aplicáveis.	Ordens de serviço, certificados, laudos e registros de funcionamento.
6	Avaliação semestral da execução do plano; revisão das falhas recorrentes e das indisponibilidades;	Relatório semestral, documentação dos serviços e cronograma

	conferência das condições dos reservatórios e dos registros de limpeza e potabilidade, com realização dos serviços tecnicamente devidos.	atualizado para o segundo semestre.
7	Nova rodada de acompanhamento dos equipamentos críticos e dos sistemas de gases medicinais, com execução das intervenções previstas para a competência no plano individualizado.	Histórico atualizado dos ativos, ordens de serviço e registros de testes.
8	Manutenção programada dos equipamentos administrativos, mobiliários e demais recursos de apoio; revisão das pendências de conservação predial e das necessidades de reposição.	Relatório de conservação, registros das intervenções e relação fundamentada das reposições necessárias.
9	Verificação programada dos sistemas de emergência, reserva e proteção contra incêndio; acompanhamento das instalações elétricas e dos dispositivos de segurança, conforme as condições existentes e os vencimentos aplicáveis.	Relatórios de inspeção e testes, documentação técnica e medidas corretivas.
10	Revisão da climatização e dos sistemas de apoio; execução das intervenções previstas no PMOC e no plano de manutenção; avaliação das condições operacionais para continuidade dos serviços.	Registros de execução, relatórios técnicos e atualização das pendências.
11	Conferência do inventário técnico e dos históricos; levantamento de serviços, certificados e contratos com vencimento próximo; preparação das prioridades e necessidades do ciclo seguinte.	Inventário conferido, mapa de vencimentos e proposta de programação para o próximo período.
12	Avaliação anual da manutenção, das indisponibilidades, dos custos e das falhas recorrentes; consolidação das intervenções realizadas e revisão do plano para os 12 meses seguintes.	Relatório anual por UPA, avaliação dos indicadores e plano atualizado para o próximo ciclo.

Rotinas permanentes

Durante todos os meses serão mantidas:

- Verificações operacionais diárias dos equipamentos críticos e comunicação imediata das falhas;
- Inspeções mensais das instalações, dos equipamentos e das pendências;

- Execução das manutenções preventivas, calibrações, qualificações e testes nas datas tecnicamente aplicáveis;
- Atendimento corretivo durante 24 horas, conforme as prioridades e os prazos definidos no subitem 2.7.9.1;
- Acompanhamento das empresas contratadas, das ordens de serviço e dos critérios de aceite;
- Planejamento das paradas e das alternativas necessárias à continuidade da assistência.

Responsabilidade, fiscalização e comprovação

A gestão de cada UPA acompanhará o cronograma, com apoio da engenharia clínica e dos responsáveis técnicos das especialidades envolvidas. Os serviços serão executados por empresas e profissionais habilitados, conforme a natureza da intervenção.

Cada atividade terá registro da unidade, do ativo ou da instalação, da data prevista, da data executada, do responsável, dos serviços realizados, das peças utilizadas e dos testes de liberação. Serão anexados os certificados, laudos e documentos de responsabilidade técnica, quando aplicáveis.

O acompanhamento mensal demonstrará as atividades previstas e executadas, os atrasos, suas justificativas e as providências adotadas. Alterações do cronograma serão documentadas, preservando os vencimentos obrigatórios, a segurança e a continuidade do atendimento.

2.7.9.1. Chamados e prazos de atendimento

Qualquer trabalhador poderá comunicar defeito à liderança e abrir chamado por canal institucional disponível 24 horas. O registro identificará UPA, setor, ativo ou instalação, defeito, data, hora, solicitante, risco e impacto. Em risco elétrico, vazamento, contaminação ou falha de equipamento assistencial, a equipe adotará isolamento seguro e alternativa de cuidado e acionará a manutenção imediatamente.

Prioridade do chamado	Início do atendimento técnico	Resposta de continuidade e conclusão
Crítica: risco à vida ou interrupção de sistema essencial sem reserva	Acionamento imediato, contato técnico em até 15 minutos e presença no local em até 2 horas quando necessária	Contingência assistencial imediata; solução provisória segura ou substituição em até 4 horas; reparo definitivo ou plano técnico documentado em até 24 horas
Alta: perda importante de capacidade, com alternativa disponível	Início em até 2 horas e presença em até 6 horas quando necessária	Restabelecimento ou substituição em até 24 horas; plano de reparo definitivo no mesmo prazo quando depender de peça ou serviço especial
Rotineira: falha sem risco imediato nem interrupção relevante	Início em até 1 dia útil	Conclusão em até 3 dias úteis ou cronograma justificado e aprovado no mesmo prazo, mantendo a condição segura

Os prazos são compromissos operacionais propostos. A dependência de peça não suspenderá as medidas de continuidade. Se o reparo definitivo exigir prazo maior, a manutenção apresentará diagnóstico, fornecedor, previsão e alternativa segura para aprovação da gestão, com acompanhamento diário das pendências críticas. Na impossibilidade de sustentar atendimento seguro, a direção médica acionará a rede e a regulação e comunicará a Secretaria Municipal da Saúde.

A ordem de serviço registrará início, chegada, diagnóstico, peças, intervenção, indisponibilidade, testes, conclusão, executor e aceite. Equipamento interditado permanecerá identificado e fora de uso até liberação técnica. A verificação de desempenho e segurança após reparo será documentada, assim como atualização do inventário e do histórico. O encerramento administrativo não substituirá a confirmação do setor usuário de que a necessidade foi atendida.

2.7.10. Fiscalização das Empresas Contratadas

A gestão designará fiscal e substituto para cada contrato, com apoio do responsável técnico pertinente. Antes da mobilização, serão conferidos habilitação,

licenças, autorizações, responsáveis, estrutura, capacidade e planos de contingência. A fiscalização acompanhará a entrega e a conformidade do serviço e a atuação do preposto, preservadas as atribuições da empresa como empregadora.

A conferência diária verificará escalas e cobertura, entregas, ocorrências e correção de falhas. Mensalmente, o fiscal consolidará medições, quantidades, prazos, documentos técnicos e de regularidade exigidos contratualmente, reclamações e plano de ação. O ateste da fatura dependerá da comprovação da execução; diferenças, serviços rejeitados e penalidades terão tratamento fundamentado conforme o contrato e o regulamento institucional.

Serviço contratado	Evidências de execução e qualidade	Rotina de fiscalização
Lavanderia	Remessas, entregas, licenças, qualidade do enxoval, perdas e reserva	Conferência a cada entrega; conciliação mensal e visita técnica por risco
Higienização	Escalas, registros por ambiente, saneantes, inspeções e refazimentos	Supervisão diária e por turno; auditoria mensal de conformidade
Alimentação e nutrição	Cardápios, dietas, temperaturas, quantidades e rejeições	Conferência por recebimento e distribuição; avaliação técnica e medição mensal
Vigilância patrimonial	Autorização da empresa, profissionais, cobertura e ocorrências	Conferência dos postos por turno e análise mensal das ocorrências
Resíduos e processamento externo	Licenças, coletas, lotes, laudos e comprovantes de destinação ou liberação	Conferência por remessa e auditoria mensal dos documentos
Manutenção	Plano anual, ordens de serviço, calibrações, testes e tempos de resposta	Acompanhamento de chamados e revisão mensal do plano e das pendências

A meta operacional será manter cobertura integral dos postos pactuados, disponibilidade dos insumos essenciais e 100% das entregas aceitas conforme os critérios de qualidade. Serão acompanhados, por unidade, percentual de limpezas

programadas realizadas, rejeição de enxoval, entregas alimentares fora do padrão, horas de descobertura da vigilância, percentual de preventivas executadas no prazo e atendimento dos chamados por prioridade. Todo desvio relevante terá contenção imediata, análise e ação corretiva com responsável e prazo.

A contratação não autorizará redução dos postos assistenciais mínimos nem transferência da responsabilidade institucional por segurança e continuidade. Falhas recorrentes poderão determinar reforço de fiscalização, exigência de substituição de recursos, aplicação de medidas contratuais ou acionamento de prestador alternativo, assegurada a regularidade da contratação e a manutenção dos serviços.

V.2.8. CONTRARREFERÊNCIA E ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O IBSAÚDE organizará a continuidade do cuidado dos usuários atendidos nas UPAs Norte — José de Souza Dourado e Sul — Gerson Pires de Aguiar por meio de contrarreferência à Atenção Primária à Saúde e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. A proposta estabelece instrumento de comunicação, responsáveis, meios de envio, prazos e acompanhamento, de forma que as informações produzidas na urgência apoiem o seguimento no território e as transferências ocorram de maneira regulada e segura.

A articulação respeitará a grade de referência pactuada pela Secretaria Municipal da Saúde e pelo Complexo Regulador Estadual. O IBSAÚDE responderá pela qualidade das informações, pelo acionamento tempestivo, pelo cuidado durante a permanência na UPA e pelo transporte de suporte básico previsto no objeto. A definição do destino, a autorização do acesso e a disponibilização de suporte avançado observarão as competências das centrais e dos serviços responsáveis.

2.8.1. Responsáveis e Organização da Comunicação com a Rede

O médico assistente definirá a alta, a necessidade de seguimento e a indicação de encaminhamento ou transferência, registrando quadro clínico, conduta e prioridade. O enfermeiro do setor conferirá o plano de cuidados, as orientações e a necessidade de comunicação assistencial. O profissional administrativo designado no plantão apoiará a identificação da unidade de referência, o envio documental e a recuperação dos protocolos, sem substituir decisão clínica.

O serviço social será acionado em situações de vulnerabilidade, ausência de rede de apoio, dificuldade de vinculação territorial, violência ou barreiras de acesso. A coordenação de enfermagem manterá o controle das contrarreferências e pendências; a direção médica acompanhará os casos de maior risco e as solicitações de regulação; a gestão da unidade avaliará os indicadores e as dificuldades de articulação.

Antes do início da operação, serão conferidos com a Secretaria os contatos institucionais da Atenção Primária, da regulação, dos hospitais e dos demais serviços de referência, com definição dos canais autorizados de comunicação. Cada UPA manterá diretório protegido e atualizado, com responsáveis, horários e canais alternativos. O acesso aos sistemas oficiais será providenciado conforme os perfis e as autorizações dos gestores, sem pressupor integração automática entre sistemas.

2.8.2. Contrarreferência à Atenção Primária após a alta

A necessidade de seguimento será avaliada em toda alta. A contrarreferência será indicada, especialmente, em agudização de condição crônica, necessidade de revisão terapêutica, seguimento após evento agudo, curativo ou cuidado continuado, resultado pendente, necessidade de vigilância clínica, uso recorrente da urgência ou vulnerabilidade que demande acompanhamento territorial. O motivo e a prioridade do seguimento constarão expressamente do registro de alta.

O fluxo compreenderá: decisão médica de alta e definição do seguimento; identificação da equipe de Atenção Primária responsável pelo território; elaboração e conferência do instrumento; entrega das orientações ao usuário; envio institucional à equipe de referência; verificação do recebimento e acompanhamento das pendências. A entrega do documento ao usuário complementará o envio entre serviços e não será a única estratégia de contrarreferência.

A unidade de referência será identificada pelo endereço e pelo vínculo cadastral, com confirmação junto ao usuário e aos canais da rede quando necessário. Ausência de cadastro ou de equipe identificada não impedirá atendimento nem alta clinicamente segura. Nessas situações, o caso será encaminhado à coordenação municipal da Atenção Primária pelo canal pactuado, para definição territorial e vinculação, com registro e acompanhamento pela UPA. Usuários de outros municípios seguirão o fluxo intermunicipal autorizado.

2.8.2.1. Instrumento de contrarreferência e informações mínimas

Será utilizado o Formulário de Contrarreferência e Resumo de Alta UPA–APS, emitido no prontuário ou em documento institucional controlado. A versão poderá ser adequadamente substituída pelo instrumento oficial exigido pela Secretaria, preservados os campos assistenciais e a rastreabilidade. O formulário ficará vinculado ao episódio de atendimento e conterá os elementos abaixo.

Bloco do instrumento	Conteúdo obrigatório	Responsável pelo preenchimento ou conferência
Identificação e destino	Usuário, identificadores disponíveis, contato autorizado, endereço, UPA de origem, episódio, equipe ou unidade de APS destinatária	Equipe de atendimento e apoio administrativo, com conferência de enfermagem
Síntese assistencial	Datas e horários, motivo do atendimento, classificação de risco, antecedentes relevantes, alergias, achados, diagnósticos ou hipóteses e evolução	Médico assistente, com registros complementares da enfermagem

Conduta e continuidade	Exames e resultados relevantes, tratamento realizado, prescrição e alterações terapêuticas, cuidados e motivo da contrarreferência	Médico assistente e enfermeiro, conforme suas atribuições
Prioridade e pendências	Prazo clínico recomendado para reavaliação, sinais de alerta, resultados pendentes, responsável por acompanhá-los e necessidades sociais relevantes	Médico, enfermeiro e serviço social quando acionado
Autoria e rastreabilidade	Identificação e assinatura profissional, data e hora da alta, envio, canal, protocolo, destinatário e confirmação de recebimento	Profissionais autores e responsável pelo envio

O usuário e o acompanhante autorizado receberão explicações em linguagem acessível sobre o tratamento, os sinais de alerta, a unidade de referência e o prazo recomendado para seguimento. A equipe verificará a compreensão e oferecerá apoio diante de barreiras de comunicação, deficiência ou baixa compreensão das orientações. A ausência de vaga imediata na APS não será apresentada como autorização para permanecer em casa diante de agravamento; serão explicados os critérios de retorno à urgência e acionamento do SAMU 192.

2.8.2.2. Meio de envio e prazo contado da alta

O instrumento será enviado preferencialmente por sistema oficial ou módulo de comunicação assistencial autorizado pela Secretaria Municipal da Saúde, com registro do envio e possibilidade de consulta pelo destinatário. Quando esse recurso não estiver disponível, será utilizado protocolo eletrônico institucional ou correio eletrônico institucional protegido, para destinatário previamente validado. A escolha do canal observará sigilo, controle de acesso e as regras de proteção de dados.

O compromisso interno será transmitir a contrarreferência em até 24 horas corridas da data e hora da alta, inclusive em finais de semana e feriados. Para usuários estáveis com necessidade de seguimento prioritário, o envio ocorrerá em

até quatro horas corridas da alta, acompanhado de tentativa de contato direto com a equipe de referência ou com a coordenação municipal pelo canal pactuado. O prazo de transmissão não se confunde com o prazo clínico recomendado para consulta ou cuidado.

Casos que necessitem avaliação imediata em outro serviço ou não tenham condições de alta segura seguirão o fluxo de encaminhamento urgente ou transferência, e não aguardarão contrarreferência de rotina. A alta dependerá da avaliação clínica e das condições de continuidade necessárias ao caso, com intervenção do serviço social quando pertinente.

Na indisponibilidade do sistema principal, será acionado o canal institucional alternativo pactuado, mantendo os mesmos prazos. O uso de formulário em papel, com entrega protocolada por meio seguro, será admitido conforme o fluxo autorizado. Toda indisponibilidade, tentativa, confirmação ou falha será registrada. A posterior inserção no sistema preservará o horário real do envio, sem reiniciar a contagem ou considerar mera elaboração do documento como transmissão concluída.

A UPA verificará o recebimento e buscará confirmação em até dois dias úteis do envio. Sem confirmação, repetirá o contato no mesmo dia útil da identificação da pendência e acionará a coordenação da APS. Se o serviço estiver fechado, o envio eletrônico será mantido no prazo e o contato pessoal será retomado no primeiro período de funcionamento, sem apresentar a consulta externa como garantida pela UPA. Situações prioritárias terão comunicação pela referência de plantão ou canal de gestão pactuado e plano seguro registrado.

Resultados liberados após a alta terão acompanhamento pelo responsável médico designado no plantão e atualização do resumo. Achado crítico determinará contato imediato com o usuário e com a equipe de referência, avaliação da necessidade de retorno e acionamento da urgência quando indicado. Complementações não críticas relevantes serão encaminhadas em até 24 horas corridas de sua liberação, sem aguardar o fechamento mensal. O controle permanecerá aberto até definição e registro da providência para as pendências.