DIÁRIO OFICIAL

MUNICÍPIO DE

PEDREGULHO

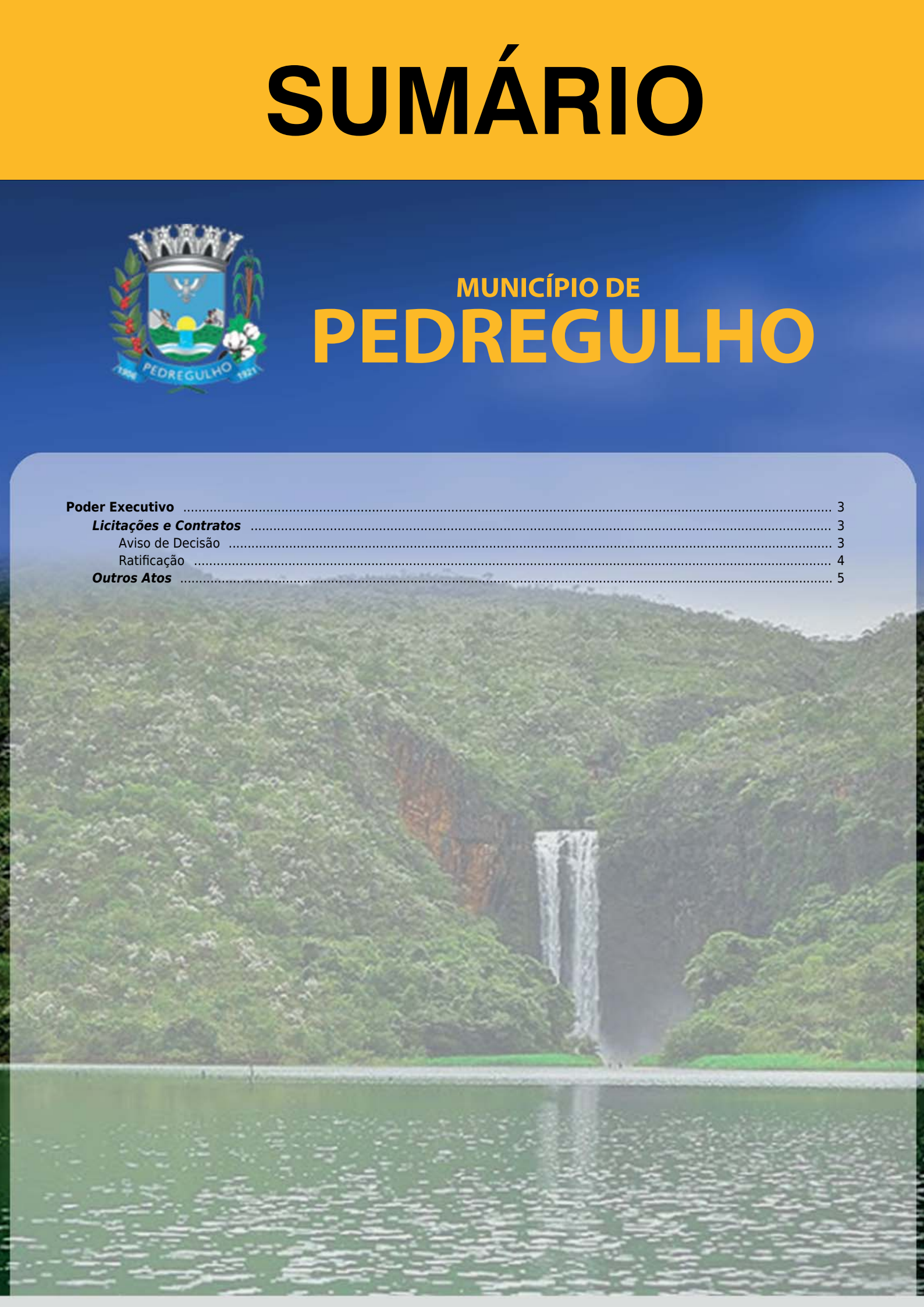
Segunda-feira, 24 de agosto de 2026 Ano III | Edição nº 568



SUMÁRIO

MUNICÍPIO DE
PEDREGULHO

Poder Executivo 3
Licitações e Contratos 3
Aviso de Decisão 3
Ratificação 4
Outros Atos 5



PODER EXECUTIVO

Licitações e Contratos

Aviso de Decisão

Prefeitura Municipal de Pedregulho

Estado de São Paulo

Chamamento Público nº 004/2026
Processo nº 9004/2026

AUTORIZAÇÃO DO PREFEITO

Com base no presente procedimento de Chamamento Público formalizado em conformidade com o artigo 72, da Lei Federal nº 14.133/2021 e considerando todos os documentos constantes dos autos, **AUTORIZO** o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADAS COM VISTAS AO FORNECIMENTO DE PROCEDIMENTOS DIVERSOS DE SAÚDE, COMO CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS, EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE E EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SUS ENCAMINHADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDREGULHO/SP**, a favor das empresas **OFTALMOCENTER FRANCA LTDA (CNPJ: 18.903.530/0001-05) e IMD – INTERIOR MEDICINA DIAGNÓSTICA LTDA (CNPJ: 19.294.812/0002-04)**

Por fim, determino a elaboração do Termo De Credenciamento contendo todo escopo a ser executado, que deverá ser assinado. Ato contínuo, determino a publicação do extrato do Termo De Credenciamento conforme de costume.

Pedregulho-SP, 24 de agosto de 2026.

JULIANA SARRETA LUCINDO
Secretária Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Pedregulho
Estado de São Paulo

Art. 72 - Parágrafo único. O ato que autoriza a contratação direta ou o extrato decorrente do contrato deverá ser divulgado e mantido à disposição do público em sítio eletrônico oficial.

Ratificação

Prefeitura Municipal de Pedregulho

Estado de São Paulo

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2026
PROCESSO Nº 9004/2026

TERMO DE RATIFICAÇÃO

Em conformidade com o artigo 72, inciso VIII, da Lei Federal n. 14.133/2021, e considerando todos os documentos constantes dos autos, RATIFICO o Processo de Chamamento Público para Credenciamento/Inexigibilidade de Licitação nº 9004/2026, com fulcro no artigo 74, inciso IV, da Lei Federal n. 14.133/2021, para a celebração do Termo De Seleção com as empresas **OFTALMOCENTER FRANCA LTDA (CNPJ: 18.903.530/0001-05) e IMD – INTERIOR MEDICINA DIAGNÓSTICA LTDA (CNPJ: 19.294.812/0002-04)**, objetivando o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS ESPECIALIZADAS COM VISTAS AO FORNECIMENTO DE PROCEDIMENTOS DIVERSOS DE SAÚDE, COMO CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS, EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE E EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE, DESTINADOS AOS USUÁRIOS DO SUS ENCAMINHADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDREGULHO/SP**, em conformidade com o escopo detalhado constante do Edital e seus anexos.

Publique-se o extrato da presente ratificação e, após, lavre-se, imediatamente, o Termo De Credenciamento com o a empresa credenciada.

Pedregulho-SP, 25 de agosto de 2026.

JULIANA SARRETA LUCINDO
Secretária Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Pedregulho
Estado de São Paulo

Outros Atos

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PEDREGULHO

REGIMENTO GERAL DE ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E GOVERNANÇA

Pedregulho – São Paulo

Aprovado 02/06/2026

Versão Oficial

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PEDREGULHO

REGIMENTO GERAL DE ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E GOVERNANÇA

Documento normativo destinado a disciplinar a organização, a estrutura administrativa, a governança institucional, os princípios de funcionamento, as competências dos órgãos internos e os mecanismos de gestão da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho.

Documento elaborado conforme o Estatuto Social da Instituição, a legislação aplicável às entidades beneficentes de assistência à saúde e as boas práticas de governança hospitalar.

CONTROLE DOCUMENTAL

Documento: Regimento Geral de Organização, Funcionamento e Governança

Volume: I

Versão: 1.0

Classificação: Documento Institucional

Natureza: Normativa

Elaboração: Administração Hospitalar

Aprovação: Diretoria

Vigência: A partir da aprovação pela Diretoria

Revisão Ordinária: Bienal

Revisão Extraordinária: Sempre que houver necessidade institucional ou alteração legislativa relevante.

CONTROLE DE REVISÕES

Versão	Data	Alteração	Responsável
1.0	02/06/2026	Inicial	Diretoria

DISTRIBUIÇÃO

Este Regimento deverá permanecer disponível para consulta em forma física e em arquivo nos computadores da equipe discriminada e postado no site institucional

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Corpo Clínico;
- Coordenação de Enfermagem;

- Responsáveis Técnicos;
- Coordenadores Administrativos;
- Comissões Institucionais;
- Assessoria Jurídica;
- Recursos Humanos;
- Demais setores da Instituição.

APRESENTAÇÃO

A Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, instituição filantrópica de assistência à saúde, reconhece que a governança institucional, a organização administrativa e a padronização dos processos constituem instrumentos essenciais para assegurar a continuidade dos serviços, a segurança do paciente, a sustentabilidade institucional e a adequada aplicação dos recursos públicos e privados.

O presente Regimento Geral de Organização, Funcionamento e Governança foi elaborado com a finalidade de estabelecer um sistema normativo único para disciplinar a estrutura organizacional da Instituição, definir competências, padronizar responsabilidades e consolidar mecanismos de governança compatíveis com as melhores práticas de gestão hospitalar.

Este documento representa o principal instrumento normativo interno da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, devendo orientar a atuação da Diretoria, da Administração Hospitalar, do Corpo Clínico, das coordenações, das comissões institucionais, dos colaboradores e dos prestadores de serviços.

Sua aplicação observará os princípios da legalidade, ética, transparência, eficiência, responsabilidade institucional, humanização da assistência, segurança do paciente e melhoria contínua.

OBJETIVOS DO REGIMENTO

O presente Regimento tem por objetivos:

I – disciplinar a organização institucional;

II – estabelecer princípios de governança;

III – definir competências dos órgãos internos;

IV – regulamentar a estrutura administrativa;

V – fortalecer os mecanismos de controle interno;

VI – assegurar transparência institucional;

VII – promover melhoria contínua;

VIII – fortalecer a sustentabilidade organizacional;

IX – garantir segurança jurídica aos processos administrativos;

X – contribuir para a excelência da assistência hospitalar.

CAMPO DE APLICAÇÃO

As disposições deste Regimento aplicam-se:

I – à Diretoria;

II – à Administração Hospitalar;

III – ao Corpo Clínico;

IV – aos Responsáveis Técnicos;

V – às Coordenações;

VI – às Comissões Institucionais;

VII – aos colaboradores;

VIII – aos prestadores de serviços;

IX – aos estagiários;

X – aos voluntários autorizados.

BASE NORMATIVA

Este Regimento fundamenta-se especialmente:

- Constituição Federal;
- Código Civil Brasileiro;
- Lei nº 8.080/1990;
- Lei nº 8.142/1990;
- Consolidação das Leis do Trabalho;
- Lei nº 13.709/2018 (LGPD);
- Estatuto Social da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho;
- Normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Normas dos Conselhos Profissionais;
- Demais legislações aplicáveis.

PRINCÍPIOS NORTEADORES

A atuação institucional observará permanentemente:

- Legalidade;
- Impessoalidade;
- Moralidade;
- Publicidade;
- Eficiência;
- Ética;
- Transparência;
- Integridade;
- Humanização;
- Segurança do Paciente;

- Sustentabilidade;
- Responsabilidade Social;
- Governança;
- Melhoria Contínua.

GLOSSÁRIO INSTITUCIONAL

Para os fins deste Regimento considera-se:

Administração Hospitalar: órgão executivo responsável pela gestão administrativa e operacional da Instituição.

Governança Institucional: sistema de direção, monitoramento, avaliação e controle destinado ao cumprimento da missão institucional.

Política Institucional: documento normativo que estabelece diretrizes permanentes para determinada área de atuação.

Procedimento Operacional Padrão (POP): documento que padroniza a execução de processos e atividades.

Protocolo Assistencial: documento técnico destinado à padronização das condutas clínicas e assistenciais.

Responsável Técnico: profissional legalmente habilitado para responder tecnicamente por serviço específico.

SIGLAS

ANVISA

CCIH

CFM

CLT

CME

COFEN

COREN

CIPA

CNES

DRS

LGPD

NSP

PGRSS

POP

RT

SAME

SUS

TI

UCP

VOLUME I

ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E GOVERNANÇA INSTITUCIONAL

TÍTULO I

DA INSTITUIÇÃO

Estabelecer a identidade institucional da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, definindo sua natureza jurídica, finalidade, princípios, missão, visão, valores, objetivos estratégicos e compromisso permanente com a assistência à saúde, a governança institucional e o Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS

São objetivos deste Título:

I – definir a identidade institucional;

II – estabelecer os fundamentos jurídicos da Instituição;

III – consolidar os princípios organizacionais;

IV – formalizar missão, visão e valores;

V – disciplinar os objetivos estratégicos;

VI – fortalecer o compromisso institucional com o SUS;

VII – assegurar unidade de propósito para todos os órgãos da Santa Casa.

BASE NORMATIVA

Este Título fundamenta-se no Estatuto Social da Santa Casa, na legislação aplicável às entidades beneficentes de assistência à saúde e nas normas que regem o Sistema Único de Saúde, além das boas práticas de governança hospitalar.

ABRANGÊNCIA

Aplica-se à Diretoria, Administração Hospitalar, Corpo Clínico, Responsáveis Técnicos, Coordenações, Comissões Institucionais, colaboradores, prestadores de serviços, estagiários e voluntários autorizados.

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, DA NATUREZA JURÍDICA, DA SEDE E DAS FINALIDADES

Seção I

Da Denominação e Natureza Jurídica

Art. 1º A Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, doravante denominada simplesmente **Santa Casa**, é uma associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter

beneficente, filantrópico e assistencial, dotada de personalidade jurídica própria, patrimônio próprio, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regida por seu Estatuto Social, por este Regimento Geral, pela legislação aplicável e pelas demais normas institucionais.

Art. 2º A Instituição possui finalidade exclusivamente assistencial, social e beneficente, destinando-se à prestação de serviços de saúde, à promoção da assistência hospitalar, ao desenvolvimento de atividades de interesse público e à execução de ações complementares às políticas públicas de saúde.

Art. 3º A Santa Casa exercerá suas atividades com absoluta observância aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, do direito à saúde, da legalidade, da moralidade, da eficiência, da publicidade, da transparência e da responsabilidade social.

Art. 4º A Instituição atuará em conformidade com as normas expedidas pelos órgãos competentes da União, do Estado de São Paulo e do Município de Pedregulho pela atuação de gestão municipal, observando ainda as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, dos órgãos de fiscalização e dos Conselhos Profissionais.

Seção II

Da Sede e Área de Atuação

Art. 5º A Santa Casa tem sede e foro no Município de Pedregulho, Estado de São Paulo, podendo desenvolver atividades em outros municípios mediante contratos, convênios, termos de cooperação, instrumentos congêneres ou autorizações legalmente admitidas.

Art. 6º A Instituição integra a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, exercendo suas atividades de forma regionalizada e articulada com os gestores públicos de saúde, observadas as pactuações interfederativas e os instrumentos de gestão vigentes.

Art. 7º A área de atuação institucional compreende, prioritariamente, os serviços hospitalares, ambulatoriais, de urgência e emergência, internação, cuidados prolongados, apoio diagnóstico e terapêutico, bem como outras atividades compatíveis com sua finalidade estatutária.

Seção III

Das Finalidades Institucionais

Art. 8º Constitui finalidade primordial da Santa Casa prestar assistência integral à saúde, com qualidade, segurança, eficiência, humanização e responsabilidade social, promovendo ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e cuidados prolongados, conforme sua capacidade instalada e habilitações legais.

Art. 9º São finalidades permanentes da Instituição:

I – prestar assistência hospitalar de baixa e média complexidade, observadas as habilitações existentes;

II – atuar como entidade complementar ao Sistema Único de Saúde;

III – assegurar atendimento digno, ético e humanizado aos usuários;

IV – promover a melhoria contínua da qualidade assistencial;

V – garantir ambiente seguro para pacientes, acompanhantes, colaboradores e visitantes;

VI – desenvolver programas permanentes de segurança do paciente;

VII – estimular a educação permanente e o desenvolvimento profissional;

VIII – fortalecer a integração entre assistência, ensino, gestão e comunidade;

IX – promover sustentabilidade institucional;

X – assegurar a correta aplicação dos recursos públicos e privados administrados pela Instituição.

Art. 10. A Santa Casa exercerá suas atividades com observância aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização e participação social que orientam o Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO II

DA MISSÃO, DA VISÃO, DOS VALORES E DOS PRINCÍPIOS INSTITUCIONAIS

Seção I

Da Missão Institucional

Art. 11. A missão institucional da Santa Casa consiste em prestar assistência hospitalar humanizada, segura, eficiente e de excelência, promovendo saúde com responsabilidade social, ética, sustentabilidade e respeito à dignidade da pessoa humana.

Art. 12. Todas as atividades desenvolvidas pela Instituição deverão contribuir diretamente para o cumprimento da missão institucional, constituindo dever permanente de dirigentes, gestores, colaboradores e prestadores de serviços atuar de forma alinhada aos seus objetivos.

Seção II

Da Visão Institucional

Art. 13. A visão institucional consiste em consolidar a Santa Casa como hospital de referência regional pela qualidade da assistência, pela excelência da gestão, pela governança institucional, pela sustentabilidade econômico-financeira e pelo compromisso com a população.

Art. 14. A visão institucional deverá orientar o planejamento estratégico, a definição de metas, os investimentos e os programas de desenvolvimento organizacional.

Seção III

Dos Valores Institucionais

Art. 15. Constituem valores permanentes da Santa Casa:

I – ética;

II – respeito à vida;

III – humanização da assistência;

IV – transparência;

V – responsabilidade institucional;

VI – compromisso com o paciente;

VII – valorização das pessoas;

VIII – trabalho em equipe;

IX – inovação;

X – excelência;

XI – sustentabilidade;

XII – melhoria contínua.

Art. 16. Os valores institucionais deverão orientar o comportamento de todos aqueles que exerçam atividades em nome da Santa Casa, servindo como referência para decisões administrativas, assistenciais e estratégicas.

Seção IV

Dos Princípios Institucionais

Art. 17. Constituem princípios permanentes da atuação institucional:

I – legalidade;

II – impessoalidade;

III – moralidade;

IV – publicidade;

V – eficiência;

VI – integridade;

VII – transparência;

VIII – governança;

IX – sustentabilidade;

X – segurança do paciente;

XI – responsabilidade social;

XII – melhoria contínua.

Art. 18. Nenhum ato administrativo ou assistencial poderá contrariar os princípios estabelecidos neste Regimento, devendo toda decisão institucional observar os valores e objetivos definidos pela Santa Casa.

CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONAIS

Seção I

Dos Objetivos Estratégicos

Art. 19. Os objetivos estratégicos constituem diretrizes permanentes destinadas ao desenvolvimento sustentável da Santa Casa, orientando a atuação da Diretoria, da Administração Hospitalar, das coordenações, dos responsáveis técnicos e dos demais órgãos institucionais.

Art. 20. São objetivos estratégicos permanentes da Instituição:

I – assegurar assistência hospitalar humanizada, segura, eficiente e resolutiva;

II – fortalecer a sustentabilidade econômico-financeira da Instituição;

III – aperfeiçoar continuamente a qualidade dos serviços prestados;

IV – promover ambiente organizacional baseado na ética, na integridade e na valorização das pessoas;

V – consolidar a Governança Institucional;

VI – implantar e manter sistema permanente de gestão por indicadores;

VII – fortalecer os mecanismos de gestão de riscos e controles internos;

VIII – promover inovação, transformação digital e modernização administrativa;

IX – estimular educação permanente, pesquisa e desenvolvimento institucional;

X – ampliar a integração com a Rede de Atenção à Saúde;

XI – promover responsabilidade social e sustentabilidade ambiental;

XII – fortalecer a credibilidade institucional perante usuários, órgãos públicos e sociedade.

Art. 21. O Planejamento Estratégico Institucional deverá observar os objetivos definidos neste Capítulo e orientar a elaboração dos planos anuais de gestão, programas, projetos e investimentos.

CAPÍTULO IV

DO COMPROMISSO INSTITUCIONAL COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Seção I

Das Diretrizes Gerais

Art. 22. A Santa Casa reafirma seu compromisso permanente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, atuando como instituição complementar à rede pública de saúde, nos termos da legislação vigente e dos instrumentos celebrados com os entes públicos.

Art. 23. A atuação institucional observará os princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, participação social, descentralização e continuidade da assistência.

Seção II

Dos Compromissos Institucionais

Art. 24. Constituem compromissos permanentes da Santa Casa:

I – garantir atendimento digno e humanizado;

II – assegurar qualidade técnica da assistência;

III – promover segurança do paciente;

IV – utilizar adequadamente os recursos públicos recebidos;

V – manter transparência administrativa;

VI – colaborar com os gestores públicos de saúde;

VII – participar das políticas públicas de saúde;

VIII – fortalecer a integração regional dos serviços;

IX – contribuir para o desenvolvimento da saúde pública regional.

CAPÍTULO V

DA IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

Seção I

Da Identidade Institucional

Art. 25. A identidade organizacional da Santa Casa será preservada mediante a observância permanente de sua missão, visão, valores, princípios institucionais e objetivos estratégicos.

Art. 26. A identidade institucional constitui patrimônio imaterial da Santa Casa e deverá orientar todas as decisões administrativas, assistenciais, estratégicas e de governança.

Seção II

Da Preservação Institucional

Art. 27. Compete à Diretoria e à Administração Hospitalar assegurar que a identidade institucional seja amplamente divulgada, conhecida e incorporada por todos os colaboradores, dirigentes, prestadores de serviços e membros do Corpo Clínico.

CAPÍTULO VI

DAS POLÍTICAS INSTITUCIONAIS

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 28. A Santa Casa manterá políticas institucionais destinadas a disciplinar os processos estratégicos, assistenciais, administrativos e de governança.

Art. 29. As políticas institucionais serão aprovadas pela Diretoria, mediante proposta da Administração Hospitalar, observadas as disposições deste Regimento.

Seção II

Das Políticas Obrigatórias

Art. 30. Constituem políticas institucionais mínimas:

I – Política de Governança;

II – Política de Integridade e Compliance;

III – Política de Gestão de Pessoas;

IV – Política da Qualidade;

V – Política de Segurança do Paciente;

VI – Política de Gestão de Riscos;

VII – Política de Comunicação Institucional;

VIII – Política de Educação Permanente;

IX – Política de Gestão Documental;

X – Política de Segurança da Informação;

XI – Política de Sustentabilidade;

XII – Política de Humanização;

XIII – Política de Proteção de Dados Pessoais.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS DO TÍTULO

Art. 31. Todos os órgãos, dirigentes, colaboradores, membros do Corpo Clínico, prestadores de serviços e demais pessoas que atuem em nome da Santa Casa deverão observar integralmente os princípios, objetivos e diretrizes estabelecidos neste Título.

Art. 32. As políticas, regulamentos, manuais, protocolos, procedimentos operacionais padrão e demais documentos normativos deverão guardar conformidade com as disposições deste Regimento.

Art. 33. O descumprimento das diretrizes institucionais estabelecidas neste Título sujeitará o responsável às medidas administrativas, disciplinares, contratuais e legais cabíveis, observados o contraditório e a ampla defesa.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

A Administração Hospitalar acompanhará, entre outros:

- cumprimento da missão institucional;
- execução dos objetivos estratégicos;
- atualização das políticas institucionais;
- alinhamento dos planos anuais ao planejamento estratégico;
- índice de implantação das diretrizes institucionais;
- grau de conhecimento da missão, visão e valores pelos colaboradores.

Anexo I

QUADRO EXECUTIVO DO GESTOR

Finalidade

Consolidar a identidade institucional da Santa Casa, estabelecendo seus fundamentos permanentes de atuação.

Responsáveis

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Coordenações;
- Responsáveis Técnicos.

Políticas Vinculadas

- Governança;
- Qualidade;
- Segurança do Paciente;
- Integridade;
- Gestão de Pessoas;
- Comunicação;
- Educação Permanente.

Legislação Correlata

- Constituição Federal;
- Código Civil;
- Lei nº 8.080/1990;
- Lei nº 8.142/1990;
- Lei nº 13.709/2018 (LGPD);
- Normas da ANVISA.

MAPA DA IDENTIDADE INSTITUCIONAL

Missão → Prestar assistência hospitalar humanizada, segura, eficiente e de excelência.

Visão → Ser referência regional em assistência hospitalar, governança e sustentabilidade.

Valores → Ética • Humanização • Transparência • Integridade • Respeito • Excelência • Sustentabilidade • Trabalho em Equipe.

Objetivos Estratégicos → Qualidade • Segurança • Governança • Sustentabilidade • Desenvolvimento Institucional • Melhoria Contínua.

Anexo II

QUADRO DE ALINHAMENTO ESTRATÉGICO

Princípio Institucional	Aplicação
Legalidade	Todos os processos
Ética	Relações institucionais e assistenciais
Transparência	Prestação de contas e comunicação
Eficiência	Gestão administrativa
Humanização	Assistência ao paciente
Segurança do Paciente	Todos os processos assistenciais
Governança	Gestão estratégica
Sustentabilidade	Planejamento e gestão financeira

Anexo IV

TERMO DE COMPROMISSO INSTITUCIONAL

A Diretoria da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho declara que o presente Regimento constitui o principal instrumento normativo da Instituição e compromete-se a promover sua efetiva implementação, revisão periódica e observância por todos os órgãos, dirigentes, gestores, colaboradores, prestadores de serviços e membros do Corpo Clínico, assegurando sua integração às práticas de governança, gestão hospitalar e assistência à saúde.

TÍTULO II

DA GOVERNANÇA INSTITUCIONAL

Estabelecer o Sistema de Governança Institucional da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, disciplinando os princípios, a estrutura decisória, as competências dos órgãos de

governança, os mecanismos de planejamento, supervisão, controle, integridade, gestão de riscos, transparência e prestação de contas, assegurando a condução ética, eficiente, sustentável e responsável da Instituição.

OBJETIVOS

São objetivos deste Título:

I – consolidar o modelo de Governança Institucional;

II – fortalecer a atuação estratégica da Diretoria;

III – disciplinar as competências da Administração Hospitalar;

IV – estabelecer mecanismos permanentes de integridade e compliance;

V – implantar sistema de gestão de riscos e controles internos;

VI – assegurar transparência e prestação de contas;

VII – promover gestão baseada em indicadores;

VIII – fortalecer a Governança Clínica;

IX – garantir continuidade administrativa e sustentabilidade institucional.

BASE NORMATIVA

Este Título fundamenta-se:

- no Estatuto Social da Santa Casa;
- na Constituição Federal;
- no Código Civil;
- na Lei nº 8.080/1990;
- na Lei nº 8.142/1990;
- na Lei nº 13.709/2018 (LGPD);
- nas normas da ANVISA;

governança, os mecanismos de planejamento, supervisão, controle, integridade, gestão de riscos, transparência e prestação de contas, assegurando a condução ética, eficiente, sustentável e responsável da Instituição.

OBJETIVOS

São objetivos deste Título:

I – consolidar o modelo de Governança Institucional;

II – fortalecer a atuação estratégica da Diretoria;

III – disciplinar as competências da Administração Hospitalar;

IV – estabelecer mecanismos permanentes de integridade e compliance;

V – implantar sistema de gestão de riscos e controles internos;

VI – assegurar transparência e prestação de contas;

VII – promover gestão baseada em indicadores;

VIII – fortalecer a Governança Clínica;

IX – garantir continuidade administrativa e sustentabilidade institucional.

BASE NORMATIVA

Este Título fundamenta-se:

- no Estatuto Social da Santa Casa;
- na Constituição Federal;
- no Código Civil;
- na Lei nº 8.080/1990;
- na Lei nº 8.142/1990;
- na Lei nº 13.709/2018 (LGPD);
- nas normas da ANVISA;

- nas boas práticas de Governança Corporativa aplicáveis ao setor hospitalar;
- nas demais normas legais e regulamentares pertinentes.

ABRANGÊNCIA

Aplica-se à:

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Corpo Clínico;
- Responsáveis Técnicos;
- Coordenações;
- Comissões Institucionais;
- colaboradores investidos em funções de gestão;
- prestadores de serviços estratégicos.

CAPÍTULO I

DO SISTEMA DE GOVERNANÇA INSTITUCIONAL

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 34. O Sistema de Governança Institucional da Santa Casa constitui o conjunto integrado de princípios, estruturas, processos, competências e instrumentos destinados a assegurar a adequada direção estratégica, supervisão, monitoramento, avaliação e controle das atividades institucionais.

Art. 35. A Governança Institucional orientará todas as decisões administrativas, assistenciais e estratégicas da Santa Casa, observando os princípios da legalidade, ética, transparência, eficiência, responsabilidade institucional, sustentabilidade e melhoria contínua.

Art. 36. O Sistema de Governança compreende:

I – a Diretoria;

II – a Administração Hospitalar;

III – os órgãos de assessoramento;

IV – as coordenações;

V – os responsáveis técnicos;

VI – as comissões institucionais;

VII – os mecanismos de controle interno;

VIII – os instrumentos de planejamento e gestão.

Seção II

Dos Princípios da Governança

Art. 37. Constituem princípios permanentes da Governança Institucional:

I – legalidade;

II – integridade;

III – ética;

IV – transparência;

V – equidade;

VI – responsabilidade corporativa;

VII – prestação de contas;

VIII – eficiência administrativa;

IX – segurança do paciente;

X – sustentabilidade institucional;

XI – gestão baseada em evidências;

XII – melhoria contínua.

Art. 38. Todas as decisões institucionais deverão observar critérios técnicos, administrativos, financeiros e assistenciais, priorizando o interesse institucional e a continuidade dos serviços de saúde.

CAPÍTULO II

DA DIRETORIA

Seção I

Das Competências Estratégicas

Art. 39. A Diretoria constitui o órgão superior de direção da Santa Casa, competindo-lhe estabelecer as diretrizes estratégicas da Instituição, observadas as competências previstas no Estatuto Social.

Art. 40. Compete privativamente à Diretoria:

I – definir a estratégia institucional;

II – aprovar o Planejamento Estratégico;

III – aprovar este Regimento Geral e suas alterações;

IV – aprovar políticas institucionais;

V – deliberar sobre investimentos estratégicos;

VI– acompanhar o desempenho institucional;

VII – deliberar sobre matérias patrimoniais previstas no Estatuto;

VIII – instituir comissões permanentes ou temporárias;

IX – exercer as demais competências previstas no Estatuto Social.

Seção II

Da Delegação de Competências

Art. 41. A Diretoria poderá delegar competências executivas à Administração Hospitalar, mediante ato formal, preservadas as atribuições indelegáveis previstas em lei ou no Estatuto Social.

Art. 42. A delegação deverá especificar:

I – objeto;

II – limites;

III – prazo;

IV – autoridade delegada;

V – mecanismos de acompanhamento;

VI – forma de prestação de contas.

Seção III

Da Prestação de Contas

Art. 43. A Diretoria exercerá supervisão permanente sobre a execução das políticas institucionais, do planejamento estratégico e dos resultados assistenciais, administrativos e financeiros.

Art. 44. A Administração Hospitalar apresentará periodicamente à Diretoria relatórios contendo, no mínimo:

I – indicadores institucionais;

II – desempenho financeiro;

III – desempenho assistencial;

IV – execução orçamentária;

V – acompanhamento das metas estratégicas;

VI – situação dos planos de ação;

VII – análise dos riscos institucionais.

CAPÍTULO III

DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR COMO ÓRGÃO DE GOVERNANÇA

Seção I

Das Competências Executivas

Art. 45. A Administração Hospitalar constitui o órgão executivo responsável pela implementação das diretrizes estratégicas aprovadas pela Diretoria e pela coordenação integrada das atividades administrativas e assistenciais.

Art. 46. Compete à Administração Hospitalar:

I – executar o Planejamento Estratégico;

II – coordenar a gestão institucional;

III – supervisionar os serviços assistenciais e administrativos;

IV – promover integração entre os setores;

V – acompanhar contratos, convênios e parcerias;

VI – monitorar indicadores institucionais;

VII – coordenar a elaboração de políticas, regulamentos, protocolos e procedimentos operacionais padrão;

VIII – promover a melhoria contínua dos processos;

IX – apoiar tecnicamente a Diretoria nas decisões estratégicas.

Seção II

Da Coordenação da Governança

Art. 47. A Administração Hospitalar coordenará a implementação dos instrumentos de governança, assegurando sua aplicação uniforme em todos os setores da Instituição.

Art. 48. Compete à Administração Hospitalar promover reuniões periódicas de governança com as coordenações, responsáveis técnicos e comissões institucionais para avaliação dos indicadores, acompanhamento das metas e monitoramento dos planos de ação.

INTERFACES INSTITUCIONAIS

Relaciona-se diretamente com:

- Diretoria;

- Administração Hospitalar;
- Corpo Clínico;
- Coordenação de Enfermagem;
- Recursos Humanos;
- Comitê de Governança e Compliance;
- Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- CCIH;
- NSP;
- CIPA.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Cumprimento das deliberações da Diretoria;
- Execução do Planejamento Estratégico;
- Índice de implantação das políticas institucionais;
- Percentual de metas estratégicas alcançadas;
- Frequência das reuniões de governança;
- Índice de conformidade das auditorias;
- Evolução dos indicadores institucionais.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA DECISÓRIA E DA DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Seção I

Da Estrutura Decisória

Art. 49. A estrutura decisória da Santa Casa observará os princípios da segregação de funções, da responsabilidade compartilhada, da subsidiariedade administrativa, da eficiência, da transparência e da prestação de contas.

Art. 50. As decisões institucionais classificam-se em:

I – estratégicas;

II – táticas;

III – operacionais.

§ 1º As decisões estratégicas competem à Diretoria.

§ 2º As decisões táticas competem à Administração Hospitalar e às coordenações, no âmbito de suas atribuições.

§ 3º As decisões operacionais competem às chefias imediatas e aos responsáveis técnicos, observados os regulamentos específicos.

Art. 51. As decisões deverão observar critérios técnicos, assistenciais, administrativos, financeiros e jurídicos, fundamentando-se em informações confiáveis, indicadores institucionais e avaliação dos riscos envolvidos.

Seção II

Da Delegação de Competências

Art. 52. A delegação de competências constitui instrumento de descentralização administrativa destinado a conferir maior eficiência à gestão, sem afastar a responsabilidade institucional da autoridade delegante.

Art. 53. A delegação será formalizada mediante Portaria ou outro ato administrativo próprio e conterá, obrigatoriamente:

I – autoridade delegante;

II – autoridade delegada;

III – objeto da delegação;

IV – limites de atuação;

V – prazo de vigência, quando aplicável;

VI – mecanismos de acompanhamento;

VII – forma de prestação de contas.

Art. 54. É vedada a subdelegação de competências, salvo quando expressamente autorizada no ato de delegação.

Seção III

Da Matriz de Autoridade

Art. 55. A Santa Casa adotará Matriz de Autoridade como instrumento permanente de Governança Institucional, destinada a definir os níveis de aprovação, autorização, execução, fiscalização e prestação de contas dos processos institucionais.

Art. 56. A Matriz de Autoridade deverá ser revista sempre que houver alteração relevante na estrutura organizacional ou nas competências dos órgãos institucionais.

CAPÍTULO V

DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE E COMPLIANCE

Seção I

Das Finalidades

Art. 57. O Programa de Integridade e Compliance constitui instrumento permanente de prevenção, detecção, resposta e remediação de irregularidades, promovendo cultura organizacional pautada na ética, integridade, transparência e conformidade normativa.

Art. 58. O Programa observará, entre outros, os seguintes princípios:

I – ética;

II – integridade;

III – transparência;

IV – responsabilidade institucional;

V – prevenção;

VI – conformidade legal;

VII – melhoria contínua.

Seção II

Dos Instrumentos de Integridade

Art. 59. Constituem instrumentos do Programa de Integridade:

I – este Regimento Geral;

II – Código de Conduta Institucional;

III – Políticas Institucionais;

IV – Procedimentos Operacionais Padrão;

V – programas de capacitação;

VI – auditorias;

VII – gestão de riscos;

VIII – controles internos;

IX – canais institucionais de comunicação.

Art. 60. Todos os dirigentes, gestores, colaboradores e prestadores de serviços deverão observar os instrumentos de integridade instituídos pela Santa Casa.

Seção III

Dos Conflitos de Interesse

Art. 61. Os agentes institucionais deverão atuar com independência técnica, ética e imparcialidade, evitando situações que possam caracterizar conflito entre interesses particulares e os interesses da Instituição.

Art. 62. Qualquer situação potencial de conflito de interesse deverá ser comunicada formalmente à Administração Hospitalar para análise e adoção das providências cabíveis.

CAPÍTULO VI

DA GESTÃO DE RISCOS INSTITUCIONAIS

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 63. A Gestão de Riscos constitui processo permanente de identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos capazes de comprometer os objetivos institucionais.

Art. 64. O gerenciamento de riscos deverá observar metodologia institucional padronizada, aprovada pela Diretoria e coordenada pela Administração Hospitalar.

Seção II

Da Classificação dos Riscos

Art. 65. Para fins deste Regimento, os riscos classificam-se em:

I – assistenciais;

II – estratégicos;

III – financeiros;

IV – operacionais;

V – jurídicos;

VI – trabalhistas;

VII – patrimoniais;

VIII – tecnológicos;

IX – ambientais;

X – reputacionais.

Seção III

Do Tratamento dos Riscos

Art. 66. Todo risco classificado como relevante deverá possuir:

I – identificação formal;

II – responsável pelo acompanhamento;

III – plano de tratamento;

IV – prazo para implementação das ações;

V – indicadores de monitoramento.

Art. 67. Os riscos institucionais serão avaliados periodicamente e integrarão os relatórios gerenciais submetidos à Diretoria.

CAPÍTULO VII

DOS CONTROLES INTERNOS

Seção I

Das Finalidades

Art. 68. Os controles internos destinam-se a assegurar a regularidade administrativa, a proteção do patrimônio institucional, a confiabilidade das informações, a conformidade legal, a correta aplicação dos recursos e a eficiência dos processos.

Art. 69. Os controles internos serão implementados em todos os níveis da estrutura organizacional e observarão os princípios da segregação de funções, rastreabilidade, transparência, prevenção e melhoria contínua.

Seção II

Dos Instrumentos de Controle

Art. 70. Constituem instrumentos permanentes de controle interno:

I – auditorias;

II – inventários;

III – conciliações;

IV – indicadores de desempenho;

V – relatórios gerenciais;

VI – segregação de funções;

VII – controles patrimoniais;

VIII – sistemas informatizados;

IX – planos de ação decorrentes de auditorias e inspeções.

Seção III

Das Auditorias

Art. 71. A Santa Casa realizará auditorias internas periódicas destinadas à avaliação da conformidade dos processos administrativos, assistenciais, financeiros e de governança.

Art. 72. As recomendações decorrentes das auditorias deverão ser formalizadas em plano de ação, acompanhado pela Administração Hospitalar até sua implementação ou justificativa técnica de impossibilidade.

INTERFACES INSTITUCIONAIS

Relaciona-se diretamente com:

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Assessoria Jurídica;
- Recursos Humanos;

- Tecnologia da Informação;
- Comitê de Governança e Compliance;
- Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- CCIH;
- NSP;
- CIPA;
- Coordenações Administrativas e Assistenciais.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

A Administração Hospitalar deverá acompanhar, entre outros:

- percentual de implementação das políticas de integridade;
- número de riscos classificados como críticos;
- percentual de planos de tratamento concluídos;
- índice de conformidade das auditorias;
- tempo médio de implementação das ações corretivas;
- percentual de controles internos revisados;
- índice de cumprimento das recomendações de auditoria.

CAPÍTULO VIII

DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E DA GESTÃO POR RESULTADOS

Seção I

Do Planejamento Estratégico

Art. 73. O Planejamento Estratégico constitui o principal instrumento de direcionamento institucional da Santa Casa, estabelecendo objetivos, metas, prioridades, indicadores e

projetos destinados ao cumprimento da missão institucional e ao desenvolvimento sustentável da Instituição.

Art. 74. O Planejamento Estratégico deverá contemplar, no mínimo:

I – diagnóstico institucional;

II – análise do ambiente interno e externo;

III – objetivos estratégicos;

IV – metas institucionais;

V – indicadores de desempenho;

VI – programas e projetos estratégicos;

VII – plano de monitoramento;

VIII – cronograma de revisão.

Art. 75. O Planejamento Estratégico será elaborado pela Administração Hospitalar, submetido à apreciação da Diretoria e revisado periodicamente, preferencialmente em ciclos quadrienais, com monitoramento anual.

Seção II

Da Gestão por Resultados

Art. 76. A Santa Casa adotará modelo de gestão por resultados, fundamentado em indicadores institucionais, metas, monitoramento contínuo e avaliação sistemática do desempenho.

Art. 77. Os indicadores deverão contemplar, entre outros:

I – qualidade assistencial;

II – segurança do paciente;

III – desempenho financeiro;

IV – desempenho operacional;

V – desempenho administrativo;

VI – gestão de pessoas;

VII – sustentabilidade institucional;

VIII – satisfação dos usuários.

CAPÍTULO IX

DA TRANSPARÊNCIA, DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DO RELACIONAMENTO INSTITUCIONAL

Seção I

Da Transparência

Art. 78. A transparência constitui princípio permanente da Governança Institucional, devendo a Santa Casa assegurar a divulgação das informações em site institucional, cuja publicidade seja exigida pela legislação ou recomendada pelas boas práticas de gestão.

Art. 79. A divulgação de informações observará os princípios da legalidade, publicidade, proteção de dados pessoais, sigilo profissional e interesse institucional.

Seção II

Da Prestação de Contas

Art. 80. A prestação de contas compreenderá a demonstração objetiva da utilização dos recursos financeiros, patrimoniais e operacionais administrados pela Instituição.

Art. 81. Compete à Administração Hospitalar organizar as informações técnicas necessárias à prestação de contas, cabendo à Diretoria sua apreciação e aprovação, quando exigível.

Seção III

Do Relacionamento Institucional

Art. 82. A Santa Casa manterá relacionamento permanente, cooperativo e transparente com:

I – gestores do Sistema Único de Saúde;

II – órgãos de controle interno e externo;

III – Ministério Público;

IV – Tribunal de Contas;

V – Vigilância Sanitária;

VI – Conselhos Profissionais;

VII – instituições de ensino e pesquisa;

VIII – entidades parceiras.

Art. 83. O relacionamento institucional observará os princípios da legalidade, cooperação, transparência, boa-fé, respeito institucional e responsabilidade administrativa.

CAPÍTULO X

DA GOVERNANÇA CLÍNICA

Seção I

Das Diretrizes Gerais

Art. 84. A Governança Clínica constitui o conjunto de práticas destinadas a assegurar qualidade assistencial, efetividade clínica, segurança do paciente, utilização racional dos recursos e melhoria contínua dos serviços de saúde.

Art. 85. A Governança Clínica será desenvolvida de forma integrada entre Diretoria, Administração Hospitalar, Corpo Clínico, Coordenação de Enfermagem, Responsáveis Técnicos e Comissões Institucionais.

Seção II

Dos Instrumentos da Governança Clínica

Art. 86. Constituem instrumentos permanentes da Governança Clínica:

I – protocolos assistenciais;

II – procedimentos operacionais padrão;

III – auditorias clínicas;

IV – indicadores assistenciais;

V – programas de educação permanente;

VI – gestão de riscos assistenciais;

VII – Núcleo de Segurança do Paciente;

VIII – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

IX – Comissão de Revisão de Prontuários;

X – Comissão de Revisão de Óbitos;

XI – demais comissões instituídas pela Diretoria.

Seção III

Da Integração Assistencial

Art. 87. A Governança Clínica integrará os processos administrativos e assistenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade, da segurança, da eficiência e dos resultados institucionais.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 88. Todos os dirigentes, gestores, colaboradores, membros do Corpo Clínico, responsáveis técnicos e integrantes das Comissões Institucionais deverão observar integralmente as disposições deste Título.

Art. 89. As políticas institucionais, regulamentos, procedimentos operacionais padrão, protocolos assistenciais e demais documentos normativos deverão guardar conformidade com os princípios e diretrizes da Governança Institucional.

Art. 90. Os casos omissos relativos à Governança Institucional serão apreciados pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar, observadas as disposições estatutárias e a legislação vigente.

INTERFACES INSTITUCIONAIS

Este Título relaciona-se diretamente com:

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Corpo Clínico;
- Coordenação de Enfermagem;
- Recursos Humanos;
- Assessoria Jurídica;
- Comitê de Governança e Compliance;
- Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- CCIH;
- NSP;
- CIPA;
- Todos os setores administrativos e assistenciais.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

A Administração Hospitalar deverá acompanhar, no mínimo:

- cumprimento das metas estratégicas;
- execução do Planejamento Estratégico;
- índice de implantação das políticas institucionais;
- percentual de riscos tratados;
- índice de conformidade das auditorias;
- execução dos planos de ação;

- desempenho dos indicadores assistenciais;
- desempenho dos indicadores financeiros;
- desempenho dos indicadores administrativos;
- satisfação dos usuários.

QUADRO EXECUTIVO DO GESTOR

Estabelecer o Sistema de Governança Institucional da Santa Casa, assegurando direção estratégica, gestão responsável, integridade, transparência, gestão por resultados e sustentabilidade institucional.

Responsáveis

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Coordenações;
- Responsáveis Técnicos;
- Comitês e Comissões Institucionais.
- Relatórios Gerenciais.

MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

Processo	Diretoria	Administração Hospitalar	Coordenações	Comissões
Planejamento Estratégico	Aprova	Elabora e executa	Participam	Assessoram
Gestão de Riscos	Supervisiona	Coordena	Executam ações	Monitoram
Auditorias	Recebe resultados	Coordena	Implementam melhorias	Acompanham

Processo	Diretoria	Administração Hospitalar	Coordenações	Comissões
Indicadores	Avalia	Consolida	Monitoram	Apoiam
Compliance	Delibera	Implementa	Cumpre	Fiscaliza tecnicamente

MATRIZ DE AUTORIDADE

Atividade	Aprova	Autoriza	Executa	Fiscaliza
Planejamento Estratégico	Diretoria	Diretoria	Administração Hospitalar	Diretoria
Políticas Institucionais	Diretoria	Diretoria	Administração Hospitalar	Comitê de Governança
Gestão de Riscos	Diretoria	Administração Hospitalar	Coordenações	Comissão de Riscos
Auditorias	Diretoria	Administração Hospitalar	Auditoria	Diretoria
Planos de Ação	Administração Hospitalar	Administração Hospitalar	Coordenações	Administração Hospitalar

FLUXO DECISÓRIO

Diretoria

↓

Administração Hospitalar

↓

Coordenações e Responsáveis Técnicos

↓

Equipes Assistenciais e Administrativas

↓

Execução dos Processos

↓

Monitoramento por Indicadores

↓

Avaliação da Governança

↓

Prestação de Contas à Diretoria

TÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Estabelecer a estrutura organizacional da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, disciplinando sua composição administrativa, assistencial e de governança, definindo os níveis hierárquicos, as relações de autoridade, os vínculos de subordinação, os mecanismos de integração entre os órgãos institucionais e os princípios que orientam sua organização e funcionamento.

A estrutura organizacional constitui instrumento permanente de governança, destinado a assegurar eficiência administrativa, integração entre os serviços, continuidade da assistência, segurança do paciente e sustentabilidade institucional.

OBJETIVOS

I – definir a estrutura organizacional da Instituição;

II – estabelecer os níveis hierárquicos;

III – disciplinar as relações de autoridade;

IV – definir competências gerais dos órgãos institucionais;

V – fortalecer a integração entre os setores;

VI – assegurar unidade de comando;

VII – promover eficiência administrativa;

VIII – garantir adequada comunicação institucional;

IX – apoiar o sistema de governança.

BASE NORMATIVA

Este Título fundamenta-se:

- no Estatuto Social;
- neste Regimento Geral;
- na legislação aplicável às entidades beneficentes de assistência à saúde;
- nas normas do Sistema Único de Saúde;
- nas normas da ANVISA;
- nas boas práticas de Governança Hospitalar.

ABRANGÊNCIA

- à Diretoria;
- à Administração Hospitalar;
- ao Corpo Clínico;

- aos Responsáveis Técnicos;
- às Coordenações;
- às Comissões Institucionais;
- aos serviços assistenciais;
- aos serviços administrativos;
- aos serviços de apoio;
- aos colaboradores.

CAPÍTULO I

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 91. A estrutura organizacional da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho compreende o conjunto de órgãos, unidades administrativas, serviços assistenciais, serviços de apoio e instâncias de governança responsáveis pela execução das atividades institucionais.

Art. 92. A organização institucional observará os princípios da legalidade, eficiência, integração, responsabilidade funcional, melhoria contínua, descentralização administrativa, unidade de comando e cooperação interdisciplinar.

Art. 93. A estrutura organizacional será representada oficialmente por Organograma Institucional aprovado pela Diretoria, que integrará os anexos deste Regimento.

Seção II

Da Composição Organizacional

Art. 94. A estrutura organizacional da Santa Casa compreende, no mínimo:

I – Diretoria;

II – Administração Hospitalar;

III – Corpo Clínico;

IV – Coordenação de Enfermagem;

V – Responsáveis Técnicos;

VI – Coordenações Administrativas;

VII – Serviços Assistenciais;

VIII – Serviços Administrativos;

IX – Serviços de Apoio;

X – Comissões Institucionais.

Art. 95. Os órgãos institucionais atuarão de forma integrada, observando as competências estabelecidas neste Regimento, nos regulamentos específicos e nos atos administrativos expedidos pela Diretoria.

Seção III

Da Organização Sistêmica

Art. 96. A organização institucional será estruturada de forma sistêmica, integrada e orientada por processos, assegurando comunicação permanente entre as unidades organizacionais.

Art. 97. Nenhuma unidade organizacional poderá atuar de forma isolada ou incompatível com as diretrizes estabelecidas pelo Planejamento Estratégico e pela Governança Institucional.

CAPÍTULO II

DOS NÍVEIS HIERÁRQUICOS

Seção I

Da Hierarquia Institucional

Art. 98. A estrutura hierárquica da Santa Casa observará os seguintes níveis:

I – Governança Institucional;

II – Diretoria;

III – Administração Hospitalar;

IV – Coordenações;

V – Responsáveis Técnicos;

VI – Supervisões, quando existentes;

VII – Equipes operacionais.

Art. 99. A hierarquia administrativa destina-se exclusivamente à organização institucional, não afastando a autonomia técnica assegurada aos profissionais regulamentados por legislação específica.

Seção II

Da Unidade de Comando

Art. 100. Todo colaborador estará vinculado administrativamente a uma chefia imediata, preservadas as relações técnicas decorrentes da profissão ou especialidade exercida.

Art. 101. É vedada a existência de dupla subordinação administrativa, ressalvadas as hipóteses expressamente previstas neste Regimento ou em regulamentos específicos.

Seção III

Da Autoridade Funcional

Art. 102. O exercício da autoridade funcional deverá observar os princípios da legalidade, impessoalidade, respeito, cooperação, responsabilidade e transparência.

Art. 103. Nenhum gestor poderá exercer autoridade fora dos limites das competências atribuídas por este Regimento, pelo Estatuto Social ou pelos atos administrativos vigentes.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS GERAIS DOS ÓRGÃOS INSTITUCIONAIS

Seção I

Das Competências Comuns

Art. 104. Todos os órgãos integrantes da estrutura organizacional deverão atuar de forma articulada e cooperativa, visando ao cumprimento da missão institucional.

Art. 105. Constituem competências comuns aos órgãos institucionais:

I – cumprir o Estatuto Social, este Regimento Geral e as políticas institucionais;

II – observar os princípios da Governança Institucional;

III – promover integração entre os setores;

IV – zelar pelo patrimônio institucional;

V – assegurar adequada utilização dos recursos;

VI – colaborar com auditorias, inspeções e avaliações institucionais;

VII – participar da implantação das políticas institucionais;

VIII – promover melhoria contínua dos processos;

IX – comunicar situações de risco institucional;

X – contribuir para a segurança do paciente.

Seção II

Da Cooperação Institucional

Art. 106. As unidades organizacionais deverão manter permanente cooperação entre si, compartilhando informações, recursos e conhecimentos necessários ao adequado funcionamento da Instituição.

Art. 107. Os conflitos de competência serão resolvidos pela Administração Hospitalar, observadas as atribuições da Diretoria previstas no Estatuto Social.

Seção III

Da Integração Organizacional

Art. 108. A Administração Hospitalar promoverá reuniões periódicas de integração entre coordenações, responsáveis técnicos e demais gestores, visando ao alinhamento institucional e à melhoria dos processos.

Art. 109. As reuniões de integração deverão produzir atas, planos de ação e acompanhamento das deliberações, integrando o sistema de gestão institucional.

CAPÍTULO IV

DAS RELAÇÕES HIERÁRQUICAS E FUNCIONAIS

Seção I

Das Relações Hierárquicas

Art. 110. As relações hierárquicas da Santa Casa têm por finalidade assegurar unidade de comando, clareza na distribuição de competências, responsabilização funcional, integração administrativa e efetividade na execução das atividades institucionais.

Art. 111. A hierarquia administrativa obedecerá à estrutura organizacional aprovada pela Diretoria, sendo vedada a criação informal de níveis de comando ou vínculos funcionais não previstos neste Regimento ou em atos administrativos regularmente expedidos.

Art. 112. O exercício da autoridade hierárquica deverá pautar-se pelos princípios da legalidade, impessoalidade, ética, respeito à dignidade da pessoa humana, cooperação, razoabilidade e proporcionalidade.

Seção II

Das Relações Funcionais

Art. 113. As relações funcionais compreendem os vínculos administrativos, técnicos e operacionais necessários ao funcionamento integrado da Instituição.

Art. 114. O vínculo funcional poderá compreender:

I – subordinação administrativa;

II – supervisão técnica;

III – assessoramento especializado;

IV – atuação matricial;

V – cooperação interdisciplinar.

Art. 115. A supervisão técnica exercida pelos Responsáveis Técnicos e Coordenadores não afasta a autoridade administrativa da chefia imediata, devendo ambas atuar de forma harmônica e complementar.

Seção III

Da Solução de Conflitos de Competência

Art. 116. Os conflitos de competência entre unidades organizacionais deverão ser inicialmente solucionados pelos respectivos gestores.

Art. 117. Persistindo o conflito, a matéria será submetida à Administração Hospitalar, que emitirá decisão técnica fundamentada.

Art. 118. Quando a controvérsia envolver matéria estratégica, estatutária ou de elevada relevância institucional, a decisão competirá à Diretoria.

CAPÍTULO V

DA COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

Seção I

Das Diretrizes Gerais

Art. 119. A comunicação institucional constitui instrumento permanente de integração organizacional, devendo assegurar a circulação tempestiva, precisa, segura e rastreável das informações necessárias ao funcionamento da Santa Casa.

Art. 120. A comunicação observará os princípios da transparência, objetividade, tempestividade, confidencialidade, integridade da informação e proteção de dados pessoais.

I – subordinação administrativa;

II – supervisão técnica;

III – assessoramento especializado;

IV – atuação matricial;

V – cooperação interdisciplinar.

Art. 115. A supervisão técnica exercida pelos Responsáveis Técnicos e Coordenadores não afasta a autoridade administrativa da chefia imediata, devendo ambas atuar de forma harmônica e complementar.

Seção III

Da Solução de Conflitos de Competência

Art. 116. Os conflitos de competência entre unidades organizacionais deverão ser inicialmente solucionados pelos respectivos gestores.

Art. 117. Persistindo o conflito, a matéria será submetida à Administração Hospitalar, que emitirá decisão técnica fundamentada.

Art. 118. Quando a controvérsia envolver matéria estratégica, estatutária ou de elevada relevância institucional, a decisão competirá à Diretoria.

CAPÍTULO V

DA COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

Seção I

Das Diretrizes Gerais

Art. 119. A comunicação institucional constitui instrumento permanente de integração organizacional, devendo assegurar a circulação tempestiva, precisa, segura e rastreável das informações necessárias ao funcionamento da Santa Casa.

Art. 120. A comunicação observará os princípios da transparência, objetividade, tempestividade, confidencialidade, integridade da informação e proteção de dados pessoais.

Seção II

Dos Instrumentos Oficiais de Comunicação

Art. 121. Constituem instrumentos oficiais de comunicação institucional:

I – Portarias;

II – Resoluções;

III – Ordens de Serviço;

IV – Instruções Normativas;

V – Ofícios;

VI – Memorandos;

VII – Comunicados Internos;

VIII – Atas;

IX – Relatórios Técnicos;

X – Sistemas eletrônicos oficiais.

Art. 122. Nenhum ato administrativo produzirá efeitos institucionais sem a devida formalização pelos instrumentos previstos neste Regimento, quando exigível.

Seção III

Da Gestão da Informação

Art. 123. A Administração Hospitalar adotará mecanismos destinados à padronização dos fluxos de informação, garantindo autenticidade, integridade, disponibilidade e rastreabilidade documental.

Art. 124. A gestão documental observará a Política Institucional de Gestão Documental, a legislação arquivística aplicável e as normas relativas à proteção de dados pessoais.

CAPÍTULO VI

DO ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL E DA MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

Seção I

Do Organograma Institucional

Art. 125. O Organograma Institucional constitui representação gráfica oficial da estrutura organizacional da Santa Casa, demonstrando os níveis hierárquicos, os vínculos de subordinação, as relações funcionais e a integração entre os órgãos institucionais.

Art. 126. O Organograma Institucional será aprovado pela Diretoria e atualizado sempre que ocorrer alteração relevante na estrutura organizacional.

Art. 127. Os organogramas específicos dos serviços administrativos, assistenciais e de apoio deverão manter compatibilidade com o Organograma Institucional.

Seção II

Da Matriz de Responsabilidades

Art. 128. A Santa Casa adotará Matriz de Responsabilidades como instrumento de Governança Institucional destinado à definição clara das atribuições, responsabilidades, níveis decisórios e fluxos de trabalho.

Art. 129. A Matriz de Responsabilidades deverá identificar, para cada processo institucional:

I – responsável pela execução;

II – autoridade aprovadora;

III – unidades consultadas;

IV – unidades informadas.

Seção III

Da Cadeia de Comando

Art. 130. A cadeia de comando institucional deverá observar rigorosamente a estrutura organizacional prevista neste Regimento, garantindo clareza nas relações de autoridade e responsabilidade.

Art. 131. Nenhum colaborador poderá receber determinações administrativas conflitantes provenientes de autoridades distintas, ressalvadas as competências técnicas legalmente estabelecidas.

CAPÍTULO VII

DA REVISÃO E DO DESENVOLVIMENTO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Seção I

Da Avaliação Organizacional

Art. 132. A Administração Hospitalar promoverá avaliação periódica da estrutura organizacional, visando verificar sua adequação às necessidades institucionais, assistenciais e administrativas.

Art. 133. A avaliação considerará, entre outros aspectos:

I – desempenho organizacional;

II – eficiência administrativa;

III – qualidade assistencial;

IV – sustentabilidade financeira;

V – evolução tecnológica;

VI – crescimento institucional;

VII – alterações legislativas;

VIII – recomendações de auditorias.

Seção II

Da Atualização da Estrutura

Art. 134. A criação, alteração ou extinção de unidades organizacionais dependerá de estudo técnico elaborado pela Administração Hospitalar e de aprovação da Diretoria.

Art. 135. Toda alteração estrutural deverá observar:

I – viabilidade técnica;

II – disponibilidade orçamentária;

III – interesse institucional;

IV – compatibilidade com o Planejamento Estratégico;

V – impactos assistenciais e administrativos.

Seção III

Da Melhoria Contínua

Art. 136. As oportunidades de aperfeiçoamento identificadas na avaliação organizacional deverão integrar planos institucionais de melhoria contínua, acompanhados por indicadores e cronogramas de implementação.

CAPÍTULO VIII

DA DESCENTRALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E DA INTEGRAÇÃO SETORIAL

Seção I

Da Descentralização Administrativa

Art. 137. A Santa Casa adotará modelo de descentralização administrativa orientado pela eficiência, responsabilidade funcional, integração entre os setores e fortalecimento da capacidade decisória dos gestores, observados os limites estabelecidos pelo Estatuto Social, por este Regimento e pelas deliberações da Diretoria.

Art. 138. A descentralização administrativa não implica transferência da responsabilidade institucional, permanecendo os dirigentes e gestores responsáveis pelos atos praticados no âmbito de suas competências.

Art. 139. As decisões descentralizadas deverão observar:

I – conformidade legal;

II – alinhamento ao Planejamento Estratégico;

III – disponibilidade orçamentária;

IV – interesse institucional;

V – segurança assistencial;

VI – rastreabilidade documental.

Seção II

Da Integração Setorial

Art. 140. Todos os setores da Santa Casa deverão atuar de forma integrada, colaborativa e orientada aos objetivos estratégicos institucionais, vedada a atuação isolada que comprometa a continuidade dos serviços.

Art. 141. A Administração Hospitalar promoverá mecanismos permanentes de integração entre os setores administrativos, assistenciais e de apoio, mediante reuniões gerenciais, comitês técnicos, fluxos institucionais padronizados e instrumentos de comunicação interna.

Art. 142. Os fluxos de trabalho intersetoriais deverão ser formalizados por meio de procedimentos operacionais padrão, protocolos institucionais ou regulamentos específicos.

CAPÍTULO IX

DA GESTÃO DAS COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS

Seção I

Das Competências Institucionais

Art. 143. As competências dos órgãos institucionais serão definidas neste Regimento, nos regulamentos específicos, nas descrições de cargos e funções e nos atos administrativos expedidos pela Diretoria.

Art. 144. É vedado a qualquer órgão exercer atribuições incompatíveis com sua finalidade institucional ou interferir indevidamente nas competências atribuídas a outro órgão.

Seção II

Da Atualização das Competências

Art. 145. As competências organizacionais serão revistas sempre que houver:

I – alteração da estrutura organizacional;

II – criação ou extinção de serviços;

III – mudança legislativa;

IV – inovação tecnológica relevante;

V – necessidade identificada em auditorias ou avaliações institucionais.

Seção III

Da Compatibilização Institucional

Art. 146. Os regulamentos setoriais deverão guardar estrita compatibilidade com as competências estabelecidas neste Regimento, sendo vedadas disposições conflitantes ou que ampliem competências sem autorização da Diretoria.

CAPÍTULO X

DA GESTÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Seção I

Da Avaliação Permanente

Art. 147. A estrutura organizacional será objeto de avaliação permanente pela Administração Hospitalar, visando assegurar sua adequação às necessidades assistenciais, administrativas, tecnológicas e estratégicas da Instituição.

Art. 148. A avaliação organizacional deverá considerar:

I – desempenho institucional;

II – eficiência operacional;

III – qualidade da assistência;

IV – sustentabilidade econômico-financeira;

V – inovação tecnológica;

VI – conformidade normativa;

VII – satisfação dos usuários;

VIII – desempenho das equipes.

Seção II

Da Melhoria Organizacional

Art. 149. As oportunidades de melhoria identificadas integrarão planos institucionais de desenvolvimento organizacional, contendo metas, responsáveis, cronograma de execução e indicadores de acompanhamento.

Art. 150. Os resultados das avaliações deverão subsidiar o Planejamento Estratégico, os Planos Anuais de Gestão e os programas de desenvolvimento institucional.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS DO TÍTULO

Art. 151. Todos os órgãos integrantes da estrutura organizacional deverão observar rigorosamente as disposições deste Título, promovendo atuação integrada, colaborativa e orientada aos objetivos estratégicos da Santa Casa.

Art. 152. É vedada a criação informal de unidades administrativas, funções de chefia ou estruturas paralelas sem aprovação da Diretoria e formalização por ato administrativo próprio.

Art. 153. Os casos omissos relativos à estrutura organizacional serão analisados pela Administração Hospitalar e submetidos à deliberação da Diretoria, observadas as disposições estatutárias e legais.

QUADRO EXECUTIVO DO GESTOR

Estabelecer a estrutura organizacional oficial da Santa Casa, disciplinando a organização dos órgãos institucionais, os níveis hierárquicos, as relações funcionais, a integração entre os setores e os mecanismos permanentes de desenvolvimento organizacional.

MATRIZ DE AUTORIDADE ORGANIZACIONAL

Processo	Diretoria	Administração Hospitalar	Coordenações	Responsáveis Técnicos
Alteração da Estrutura Organizacional	Aprova	Propõe	Opinam	Opinam
Criação de Unidade Organizacional	Aprova	Instrui o processo	Participam	Participam
Atualização do Organograma	Aprova	Coordena	Executam ajustes	Informam necessidades
Regulamentos Setoriais	Aprova	Consolida	Elaboram	Revisam tecnicamente
Planos de Desenvolvimento Organizacional	Delibera	Coordena	Executam	Acompanham

FLUXO ORGANIZACIONAL INSTITUCIONAL

Diretoria

↓

Administração Hospitalar

↓

Coordenações Administrativas e Assistenciais

↓

Responsáveis Técnicos

↓

Supervisões (quando existentes)

↓

Equipes Operacionais

↓

Prestação dos Serviços

↓

Monitoramento dos Indicadores

↓

Avaliação Institucional

↓

Melhoria Contínua

TÍTULO IV

DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Estabelecer a organização, competências, responsabilidades e mecanismos de atuação da Administração Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, disciplinando a gestão executiva da Instituição, a coordenação dos serviços, o planejamento operacional, a integração das áreas administrativas e assistenciais e a execução das diretrizes estratégicas definidas pela Diretoria.

A Administração Hospitalar constitui o órgão executivo permanente da Instituição, responsável por assegurar a continuidade dos serviços, a eficiência da gestão e a implementação das políticas institucionais.

OBJETIVOS

São objetivos deste Título:

I – disciplinar a organização da Administração Hospitalar;

II – estabelecer suas competências executivas;

III – definir responsabilidades gerenciais;

IV – fortalecer a integração institucional;

V – promover eficiência administrativa;

VI – assegurar continuidade operacional;

VII – apoiar a Governança Institucional;

VIII – implementar o Planejamento Estratégico;

IX – promover melhoria contínua dos processos.

BASE NORMATIVA

Este Título fundamenta-se:

- no Estatuto Social;
- neste Regimento Geral;
- na Lei nº 8.080/1990;
- na Lei nº 8.142/1990;
- na Consolidação das Leis do Trabalho;
- na Lei Geral de Proteção de Dados;
- nas normas da ANVISA;
- nas boas práticas de Governança Hospitalar.

ABRANGÊNCIA

Aplica-se à:

- Administração Hospitalar;
- Diretoria;
- Coordenações;
- Responsáveis Técnicos;
- Corpo Clínico;
- Gestores administrativos;
- Gestores assistenciais;
- Demais colaboradores investidos em funções de liderança.

CAPÍTULO I

DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 154. A Administração Hospitalar constitui o órgão executivo permanente responsável pela gestão administrativa, operacional e estratégica da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, competindo-lhe coordenar, supervisionar, integrar e avaliar o funcionamento dos serviços institucionais.

Art. 155. A Administração Hospitalar atuará em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Diretoria, observando os princípios da legalidade, ética, transparência, eficiência, economicidade, responsabilidade institucional, sustentabilidade e melhoria contínua.

Art. 156. A atuação da Administração Hospitalar deverá assegurar a integração entre os serviços administrativos, assistenciais e de apoio, promovendo a utilização racional dos recursos institucionais.

Seção II

Da Missão da Administração Hospitalar

Art. 157. A missão da Administração Hospitalar consiste em transformar as diretrizes estratégicas aprovadas pela Diretoria em ações executivas, assegurando a adequada organização dos serviços, a qualidade da assistência, a eficiência administrativa e a sustentabilidade institucional.

Art. 158. A Administração Hospitalar deverá atuar como elo permanente entre a Governança Institucional e a execução operacional, promovendo alinhamento entre estratégia, gestão e assistência.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Seção I

Das Competências Gerais

Art. 159. Compete à Administração Hospitalar:

I – executar as deliberações da Diretoria;

II – implementar o Planejamento Estratégico;

III – coordenar a gestão administrativa da Instituição;

IV – supervisionar os serviços assistenciais e administrativos;

V – promover integração entre os setores;

VI – acompanhar contratos, convênios e parcerias institucionais;

VII – coordenar a elaboração de regulamentos, políticas institucionais, protocolos e procedimentos operacionais padrão;

VIII – acompanhar auditorias internas e externas;

IX – monitorar indicadores institucionais;

X – elaborar relatórios gerenciais destinados à Diretoria;

XI – promover programas de melhoria contínua;

XII – coordenar ações de desenvolvimento organizacional.

Seção II

Das Competências Específicas

Art. 160. Compete ainda à Administração Hospitalar:

I – coordenar a execução do Plano Anual de Gestão;

II – acompanhar a execução orçamentária em conjunto com os setores competentes;

III – supervisionar a implementação das políticas institucionais;

IV – apoiar tecnicamente os responsáveis técnicos e coordenadores;

V – acompanhar o desempenho institucional mediante indicadores;

VI – coordenar reuniões gerenciais e de integração;

VII – assegurar o cumprimento deste Regimento Geral.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA EXECUTIVA DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Seção I

Da Organização Executiva

Art. 161. A Administração Hospitalar será organizada de forma sistêmica, observando os princípios da unidade de comando, integração, descentralização administrativa, responsabilidade gerencial e coordenação interdisciplinar.

Art. 162. Integram a estrutura executiva da Administração Hospitalar:

I – Administração Hospitalar;

II – Coordenações Administrativas;

III – Coordenações Assistenciais;

IV – Responsáveis Técnicos;

V – Serviços Administrativos;

VI – Serviços Assistenciais;

VII – Serviços de Apoio;

VIII – Comissões Institucionais.

Seção II

Da Coordenação Executiva

Art. 163. A Administração Hospitalar coordenará o funcionamento integrado das unidades organizacionais, assegurando comunicação permanente, padronização dos processos e cumprimento das metas institucionais.

Art. 164. Os gestores responderão administrativamente perante a Administração Hospitalar quanto ao cumprimento das atribuições definidas neste Regimento e nos regulamentos específicos.

Seção III

Da Integração Gerencial

Art. 165. A Administração Hospitalar promoverá reuniões periódicas de gestão com as coordenações e responsáveis técnicos, visando ao acompanhamento dos indicadores institucionais, à avaliação dos resultados e à definição de planos de ação.

Art. 166. As deliberações das reuniões gerenciais deverão ser formalizadas em atas e acompanhadas até sua efetiva implementação.

INTERFACES INSTITUCIONAIS

Relaciona-se diretamente com:

- Diretoria;
- Governança Institucional;
- Corpo Clínico;
- Coordenação de Enfermagem;
- Recursos Humanos;
- Tecnologia da Informação;
- Assessoria Jurídica;
- Todas as coordenações administrativas e assistenciais.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

A Administração Hospitalar acompanhará, entre outros:

- execução do Plano Anual de Gestão;
- percentual de metas estratégicas alcançadas;
- desempenho dos indicadores institucionais;
- execução dos planos de ação;
- realização das reuniões gerenciais;
- conformidade das auditorias;
- índice de integração entre os setores.

CAPÍTULO IV

DO PLANEJAMENTO E DA GESTÃO OPERACIONAL

Seção I

Do Planejamento Operacional

Art. 167. A Administração Hospitalar coordenará o planejamento operacional da Santa Casa, assegurando a execução das diretrizes estratégicas aprovadas pela Diretoria e a integração entre os serviços administrativos, assistenciais e de apoio.

Art. 168. O planejamento operacional será formalizado por meio do Plano Anual de Gestão e deverá conter, no mínimo:

I – objetivos operacionais;

II – metas anuais;

III – indicadores de desempenho;

IV – cronograma de execução;

V – responsáveis pela implementação;

VI – recursos necessários;

VII – mecanismos de monitoramento e avaliação.

Art. 169. O Plano Anual de Gestão deverá ser compatível com o Planejamento Estratégico Institucional e revisado sempre que houver alterações relevantes nas prioridades institucionais ou na legislação aplicável.

Seção II

Da Gestão Operacional

Art. 170. A Administração Hospitalar promoverá a coordenação das atividades operacionais da Instituição, assegurando a continuidade dos serviços, a racionalização dos recursos e a observância das normas institucionais.

Art. 171. A gestão operacional observará os princípios da eficiência, economicidade, continuidade, integração, segurança do paciente, qualidade assistencial e melhoria contínua.

CAPÍTULO V

DA COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS

Seção I

Da Coordenação Administrativa e Assistencial

Art. 172. A Administração Hospitalar coordenará a atuação integrada dos serviços administrativos, assistenciais e de apoio, promovendo alinhamento entre os objetivos estratégicos e a execução das atividades institucionais.

Art. 173. Os coordenadores responderão perante a Administração Hospitalar quanto:

I – ao cumprimento das metas estabelecidas;

II – à execução dos planos de ação;

III – ao desempenho dos indicadores sob sua responsabilidade;

IV – à observância das políticas institucionais;

V – ao cumprimento deste Regimento.

Seção II

Da Supervisão dos Serviços

Art. 174. A Administração Hospitalar realizará supervisão sistemática dos serviços institucionais, utilizando auditorias, visitas técnicas, reuniões gerenciais, análise de indicadores e demais instrumentos de gestão.

Art. 175. As inconformidades identificadas deverão ser registradas, analisadas e tratadas mediante plano de ação específico, acompanhado até sua conclusão.

CAPÍTULO VI

DA GESTÃO POR INDICADORES

Seção I

Das Diretrizes

Art. 176. A Administração Hospitalar adotará sistema permanente de gestão por indicadores, destinado ao monitoramento do desempenho institucional, da qualidade assistencial, da eficiência administrativa e da sustentabilidade da Santa Casa.

Art. 177. Os indicadores deverão ser objetivos, mensuráveis, comparáveis, periodicamente revisados e alinhados ao Planejamento Estratégico.

Seção II

Dos Indicadores Institucionais

Art. 178. Os indicadores institucionais compreenderão, entre outros:

I – indicadores assistenciais;

II – indicadores administrativos;

III – indicadores financeiros;

IV – indicadores de qualidade;

V – indicadores de segurança do paciente;

VI – indicadores de gestão de pessoas;

VII – indicadores de produtividade;

VIII – indicadores de satisfação dos usuários.

Art. 179. Os resultados obtidos subsidiarão as decisões da Diretoria, da Administração Hospitalar e das coordenações, bem como a revisão dos planos de ação e do Planejamento Estratégico.

CAPÍTULO VII

DA INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL E DA COMUNICAÇÃO GERENCIAL

Seção I

Da Integração Institucional

Art. 180. A Administração Hospitalar promoverá mecanismos permanentes de integração entre os órgãos institucionais, favorecendo a cooperação interdisciplinar e a gestão por processos.

Art. 181. As ações de integração deverão contemplar:

I – reuniões gerenciais;

II – reuniões intersetoriais;

III – grupos de trabalho;

IV – comitês técnicos;

V – programas de melhoria contínua;

VI – educação permanente.

Seção II

Da Comunicação Gerencial

Art. 182. A comunicação entre a Administração Hospitalar, as coordenações e os demais órgãos institucionais deverá ocorrer por meios oficiais, assegurando rastreabilidade, tempestividade, integridade e confiabilidade das informações.

Art. 183. As decisões gerenciais que produzam efeitos institucionais deverão ser formalizadas por meio dos instrumentos administrativos previstos neste Regimento.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Integram este Título:

- Plano Anual de Gestão;
- Planejamento Estratégico;
- Plano Diretor Institucional;
- Organograma Institucional;
- Manual de Governança;
- Política de Gestão por Indicadores;
- Política de Comunicação Institucional;
- Regulamentos Setoriais.

INTERFACES INSTITUCIONAIS

Este Título relaciona-se diretamente com:

- Diretoria;
- Governança Institucional;
- Corpo Clínico;
- Coordenação de Enfermagem;
- Recursos Humanos;
- Tecnologia da Informação;
- Assessoria Jurídica;
- Todos os setores administrativos, assistenciais e de apoio.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

A Administração Hospitalar acompanhará, no mínimo:

- percentual de execução do Plano Anual de Gestão;
- cumprimento das metas estratégicas;
- desempenho dos indicadores institucionais;
- número de reuniões gerenciais realizadas;
- percentual de planos de ação concluídos;
- índice de integração entre os setores;
- conformidade dos processos auditados;
- tempo médio de implementação das ações corretivas.

CAPÍTULO VIII

DO DESENVOLVIMENTO GERENCIAL E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DA GESTÃO

Seção I

Das Diretrizes Gerais

Art. 184. A Administração Hospitalar promoverá o desenvolvimento permanente das competências gerenciais, visando ao fortalecimento da liderança, da governança, da gestão por processos e da cultura organizacional da Santa Casa.

Art. 185. O desenvolvimento gerencial observará os princípios da educação permanente, inovação, melhoria contínua, gestão baseada em evidências e valorização das pessoas.

Seção II

Da Educação Permanente Gerencial

Art. 186. A Instituição manterá programa permanente de capacitação destinado aos gestores, coordenadores, responsáveis técnicos e demais ocupantes de funções de liderança.

Art. 187. O programa contemplará, entre outros temas:

I – Governança Institucional;

II – Planejamento Estratégico;

III – Gestão Hospitalar;

IV – Liderança e desenvolvimento de equipes;

V – Gestão de riscos;

VI – Segurança do Paciente;

VII – Compliance e integridade;

VIII – Gestão financeira aplicada à administração hospitalar;

IX – Comunicação institucional;

X – Gestão da qualidade.

CAPÍTULO IX

DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO GERENCIAL

Seção I

Da Finalidade

Art. 188. A Administração Hospitalar implantará sistema permanente de avaliação de desempenho gerencial, destinado a acompanhar os resultados das unidades organizacionais e o desempenho dos gestores.

Art. 189. A avaliação observará critérios objetivos, previamente definidos, compatíveis com o Planejamento Estratégico e os indicadores institucionais.

Seção II

Dos Critérios de Avaliação

Art. 190. Serão considerados, entre outros:

I – cumprimento das metas;

II – desempenho dos indicadores;

III – qualidade da gestão;

IV – integração institucional;

V – liderança;

VI – desenvolvimento das equipes;

VII – conformidade normativa;

VIII – gestão dos recursos.

Art. 191. Os resultados da avaliação subsidiarão planos de desenvolvimento gerencial, programas de capacitação e ações de melhoria contínua.

CAPÍTULO X

DA MELHORIA CONTÍNUA DA GESTÃO

Seção I

Das Diretrizes

Art. 192. A Administração Hospitalar adotará modelo permanente de melhoria contínua, fundamentado na avaliação sistemática dos processos, na análise crítica dos resultados e na implementação de ações corretivas e preventivas.

Art. 193. As oportunidades de melhoria poderão ser identificadas por meio de:

I – auditorias;

II – indicadores;

III – avaliações internas;

IV – inspeções;

V – sugestões dos colaboradores;

VI – manifestações dos usuários;

VII – análises críticas da gestão;

VIII – recomendações das comissões institucionais.

Seção II

Dos Planos de Melhoria

Art. 194. Toda oportunidade de melhoria considerada relevante deverá originar plano de ação contendo:

I – objetivo;

II – justificativa;

III – responsável;

IV – cronograma;

V – recursos necessários;

VI – indicadores de acompanhamento;

VII – critérios de avaliação dos resultados.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS DO TÍTULO

Art. 195. A Administração Hospitalar exercerá suas competências em permanente articulação com a Diretoria, os Responsáveis Técnicos, as Coordenações, o Corpo Clínico e as Comissões Institucionais, observando os princípios da Governança Institucional.

Art. 196. Os regulamentos específicos das unidades administrativas e assistenciais deverão guardar compatibilidade com as competências estabelecidas neste Título.

Art. 197. Os casos omissos relativos à Administração Hospitalar serão analisados pela Administração Hospitalar e submetidos à deliberação da Diretoria, quando exigido pelo Estatuto Social ou por este Regimento.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Integram este Título:

- Estatuto Social;
- Planejamento Estratégico;
- Plano Diretor Institucional;
- Plano Anual de Gestão;
- Manual de Governança;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Educação Permanente;
- Política da Qualidade;
- Política de Gestão por Indicadores;
- Regulamentos Setoriais.

VI – indicadores de acompanhamento;

VII – critérios de avaliação dos resultados.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS DO TÍTULO

Art. 195. A Administração Hospitalar exercerá suas competências em permanente articulação com a Diretoria, os Responsáveis Técnicos, as Coordenações, o Corpo Clínico e as Comissões Institucionais, observando os princípios da Governança Institucional.

Art. 196. Os regulamentos específicos das unidades administrativas e assistenciais deverão guardar compatibilidade com as competências estabelecidas neste Título.

Art. 197. Os casos omissos relativos à Administração Hospitalar serão analisados pela Administração Hospitalar e submetidos à deliberação da Diretoria, quando exigido pelo Estatuto Social ou por este Regimento.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Integram este Título:

- Estatuto Social;
- Planejamento Estratégico;
- Plano Diretor Institucional;
- Plano Anual de Gestão;
- Manual de Governança;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Educação Permanente;
- Política da Qualidade;
- Política de Gestão por Indicadores;
- Regulamentos Setoriais.

INTERFACES INSTITUCIONAIS

Relaciona-se diretamente com:

- Diretoria;
- Governança Institucional;
- Corpo Clínico;
- Coordenação de Enfermagem;
- Recursos Humanos;
- Tecnologia da Informação;
- Assessoria Jurídica;
- Comissão de Gerenciamento de Riscos;
- Núcleo de Segurança do Paciente;
- CCIH;
- Todas as unidades administrativas, assistenciais e de apoio.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

A Administração Hospitalar acompanhará, no mínimo:

- execução do Plano Anual de Gestão;
- percentual de metas estratégicas alcançadas;
- índice de desempenho gerencial;
- percentual de planos de melhoria concluídos;
- índice de participação em programas de capacitação;
- conformidade das auditorias;
- tempo médio de implementação das ações corretivas;

- desempenho global dos indicadores institucionais.

QUADRO EXECUTIVO DO GESTOR

Executar as diretrizes estratégicas da Santa Casa, coordenando a gestão administrativa e operacional, promovendo integração institucional, melhoria contínua, eficiência dos processos e sustentabilidade organizacional.

Responsáveis

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Coordenações;
- Responsáveis Técnicos;
- Gestores Administrativos;
- Gestores Assistenciais.

Documentos Obrigatórios

- Plano Estratégico;
- Plano Anual de Gestão;
- Organograma Institucional;
- Relatórios Gerenciais;
- Plano de Educação Permanente;
- Plano de Auditoria;
- Planos de Ação;
- Regulamentos Setoriais.

MATRIZ DE RESPONSABILIDADES GERENCIAIS

Processo	Diretoria	Administração Hospitalar	Coordenações	Responsáveis Técnicos
Planejamento Institucional	Aprova	Coordena	Participam	Contribuem tecnicamente
Plano Anual de Gestão	Aprova	Elabora e acompanha	Executam	Acompanham
Gestão por Indicadores	Supervisiona	Consolida	Monitoram	Fornecem dados
Auditorias	Recebe resultados	Coordena	Executam planos de ação	Apoiam tecnicamente
Educação Permanente	Delibera diretrizes	Coordena	Participam	Participam

FLUXO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

Diretoria

↓

Administração Hospitalar

↓

Planejamento Operacional

↓

Coordenações Administrativas e Assistenciais

↓

Execução dos Serviços

↓

Monitoramento por Indicadores

↓

Auditorias e Avaliações

↓

Planos de Melhoria

↓

Prestação de Contas

↓

Revisão Gerencial

TÍTULO V

DA CULTURA ORGANIZACIONAL, DA GESTÃO DE PESSOAS E DO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Estabelecer os princípios, diretrizes e mecanismos destinados ao fortalecimento da cultura organizacional, da gestão de pessoas e do desenvolvimento institucional da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, promovendo ambiente de trabalho ético, colaborativo, seguro, humanizado e orientado à excelência assistencial e administrativa.

A cultura organizacional constitui patrimônio institucional e deverá orientar permanentemente o comportamento dos dirigentes, gestores, colaboradores, prestadores de serviços, voluntários e demais pessoas que atuem em nome da Instituição.

OBJETIVOS

São objetivos deste Título:

I – fortalecer a identidade institucional;

II – consolidar a cultura organizacional;

III – promover ambiente de trabalho saudável;

IV – valorizar os colaboradores;

V – desenvolver lideranças;

VI – estimular o trabalho interdisciplinar;

VII – promover desenvolvimento institucional;

VIII – incentivar inovação;

IX – fortalecer a sustentabilidade organizacional.

BASE NORMATIVA

Este Título fundamenta-se:

- Constituição Federal;
- Consolidação das Leis do Trabalho;
- Lei nº 8.080/1990;
- Lei nº 8.142/1990;
- Lei nº 13.709/2018 (LGPD);
- Estatuto Social;
- Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho;
- Código de Conduta Institucional;
- Políticas Institucionais.

ABRANGÊNCIA

Aplica-se:

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Corpo Clínico;
- Responsáveis Técnicos;

- Coordenações;
- Colaboradores;
- Prestadores de Serviços;
- Estagiários;
- Voluntários autorizados.

CAPÍTULO I

DA CULTURA ORGANIZACIONAL

Seção I

Dos Princípios

Art. 198. A cultura organizacional da Santa Casa será orientada pelos princípios da ética, respeito à dignidade da pessoa humana, humanização, transparência, integridade, responsabilidade institucional, cooperação, excelência, inovação e melhoria contínua.

Art. 199. Todos os dirigentes, gestores e colaboradores deverão atuar de forma compatível com a missão, a visão, os valores e os objetivos estratégicos da Instituição.

Art. 200. A cultura organizacional deverá ser continuamente fortalecida mediante ações de liderança, comunicação, educação permanente, desenvolvimento profissional e reconhecimento institucional.

Seção II

Da Preservação da Cultura Institucional

Art. 201. Compete à Administração Hospitalar promover ações destinadas à preservação da identidade institucional e ao fortalecimento do sentimento de pertencimento dos colaboradores.

Art. 202. A missão, a visão, os valores e os princípios institucionais deverão integrar os processos de acolhimento, integração, capacitação e desenvolvimento funcional.

CAPÍTULO II

DA GESTÃO DE PESSOAS

Seção I

Das Diretrizes Gerais

Art. 203. A gestão de pessoas será orientada pelos princípios da valorização profissional, equidade, desenvolvimento de competências, respeito às diferenças, segurança do trabalho e promoção do bem-estar.

Art. 204. A Instituição adotará práticas destinadas à atração, desenvolvimento, retenção e valorização de profissionais comprometidos com os objetivos institucionais.

Seção II

Da Valorização dos Colaboradores

Art. 205. Constituem diretrizes permanentes da valorização dos colaboradores:

I – igualdade de oportunidades;

II – respeito às diferenças;

III – reconhecimento do desempenho;

IV – desenvolvimento profissional;

V – promoção da saúde ocupacional;

VI – estímulo ao trabalho em equipe;

VII – incentivo à inovação;

VIII – fortalecimento do compromisso institucional.

Seção III

Das Lideranças

Art. 206. Os ocupantes de funções de liderança deverão exercer suas atribuições com base na ética, na integridade, na comunicação respeitosa, no desenvolvimento das equipes e na responsabilidade institucional.

Art. 207. A liderança institucional deverá estimular ambiente colaborativo, gestão participativa, desenvolvimento profissional e melhoria contínua dos processos.

CAPÍTULO III

DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Seção I

Das Competências Institucionais

Art. 208. A Santa Casa promoverá o desenvolvimento permanente das competências técnicas, gerenciais, assistenciais e comportamentais necessárias ao cumprimento de sua missão institucional.

Art. 209. O desenvolvimento de competências observará:

I – necessidades institucionais;

II – planejamento estratégico;

III – evolução tecnológica;

IV – segurança do paciente;

V – inovação;

VI – melhoria contínua.

Seção II

Da Gestão por Competências

Art. 210. A Administração Hospitalar implantará metodologia de gestão por competências destinada ao desenvolvimento das equipes e ao fortalecimento da capacidade institucional.

Art. 211. A gestão por competências subsidiará programas de capacitação, desenvolvimento gerencial, avaliação de desempenho e planejamento sucessório.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Integram este Título:

- Código de Conduta Institucional;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Educação Permanente;
- Política de Comunicação Institucional;
- Política de Humanização;
- Plano Estratégico;
- Plano de Desenvolvimento Institucional.

INTERFACES INSTITUCIONAIS

Relaciona-se diretamente com:

- Administração Hospitalar;
- Recursos Humanos;
- Corpo Clínico;
- Coordenação de Enfermagem;
- Segurança do Paciente;
- CCIH;
- CIPA;
- Todos os setores administrativos e assistenciais.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

Serão acompanhados, entre outros:

- índice de rotatividade;
- absenteísmo;

- participação em programas de capacitação;
- desenvolvimento de lideranças;
- satisfação dos colaboradores;
- adesão aos valores institucionais.

CAPÍTULO IV

DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Seção I

Das Diretrizes Gerais

Art. 212. A Santa Casa manterá Programa Permanente de Educação Institucional destinado ao desenvolvimento técnico, científico, gerencial, assistencial e comportamental de seus colaboradores, gestores, responsáveis técnicos, corpo clínico e demais profissionais vinculados à Instituição.

Art. 213. A Educação Permanente constitui instrumento estratégico para o fortalecimento da cultura organizacional, da qualidade assistencial, da segurança do paciente, da inovação e da melhoria contínua.

Art. 214. O Programa Permanente de Educação deverá observar:

I – as diretrizes do Planejamento Estratégico;

II – as necessidades institucionais;

III – as exigências legais e regulamentares;

IV – os resultados dos indicadores institucionais;

V – os planos de desenvolvimento das equipes;

VI – as recomendações das auditorias e avaliações institucionais.

Seção II

Do Plano Anual de Educação Permanente

Art. 215. A Administração Hospitalar elaborará, anualmente, o Plano de Educação Permanente, contendo:

I – diagnóstico das necessidades de capacitação;

II – cronograma anual;

III – programas obrigatórios;

IV – responsáveis pela execução;

V – indicadores de avaliação;

VI – metodologia de acompanhamento.

Art. 216. Constituem temas mínimos obrigatórios:

I – Segurança do Paciente;

II – Humanização da Assistência;

III – Ética Profissional;

IV – Governança Institucional;

V – Gestão de Riscos;

VI – Qualidade;

VII – Biossegurança;

VIII – Prevenção e Controle de Infecções;

IX – Proteção de Dados;

X – Atualização técnica específica de cada área.

CAPÍTULO V

DO CLIMA ORGANIZACIONAL E DO BEM-ESTAR

Seção I

Das Diretrizes

Art. 217. A Santa Casa promoverá ambiente organizacional fundamentado no respeito, na cooperação, na valorização das pessoas, na segurança psicológica e na prevenção de situações de violência, discriminação, assédio ou qualquer forma de tratamento incompatível com os valores institucionais.

Art. 218. A Administração Hospitalar adotará programas destinados à promoção da saúde ocupacional, da qualidade de vida no trabalho e do bem-estar dos colaboradores.

Seção II

Da Avaliação do Clima Organizacional

Art. 219. O clima organizacional será avaliado periodicamente mediante instrumentos técnicos definidos pela Administração Hospitalar.

Art. 220. Os resultados das avaliações deverão subsidiar planos institucionais de melhoria, programas de desenvolvimento gerencial e ações de valorização das equipes.

CAPÍTULO VI

DA COMUNICAÇÃO E DO ENGAJAMENTO INSTITUCIONAL

Seção I

Da Comunicação Interna

Art. 221. A comunicação institucional deverá assegurar ampla divulgação das políticas institucionais, regulamentos, programas estratégicos, campanhas, orientações técnicas e demais informações necessárias ao funcionamento da Santa Casa.

Art. 222. A comunicação observará os princípios da transparência, objetividade, tempestividade, acessibilidade, rastreabilidade e proteção das informações institucionais.

Seção II

Do Engajamento Institucional

Art. 223. A Administração Hospitalar promoverá mecanismos permanentes destinados ao fortalecimento do comprometimento dos colaboradores com a missão, visão, valores e objetivos estratégicos da Instituição.

Art. 224. Constituem instrumentos de engajamento institucional:

I – programas de integração;

II – reuniões institucionais;

III – campanhas internas;

IV – reconhecimento de boas práticas;

V – programas de sugestões;

VI – ações de desenvolvimento organizacional;

VII – projetos de inovação.

CAPÍTULO VII

DA ÉTICA, DA INTEGRIDADE E DA CONDUTA PROFISSIONAL

Seção I

Dos Princípios Éticos

Art. 225. Todos os dirigentes, gestores, colaboradores, membros do Corpo Clínico, prestadores de serviços, estagiários e voluntários deverão exercer suas atividades com observância aos princípios éticos da profissão, ao Código de Conduta Institucional, ao presente Regimento e à legislação vigente.

Art. 226. É dever de todos preservar a imagem institucional, utilizar adequadamente os recursos da Santa Casa e manter comportamento compatível com seus valores institucionais.

Seção II

Da Integridade Institucional

Art. 227. A atuação profissional deverá observar os princípios da integridade, boa-fé, imparcialidade, responsabilidade, confidencialidade e prevenção de conflitos de interesse.

Art. 228. O descumprimento das normas éticas ou de conduta sujeitará o responsável às medidas administrativas, disciplinares, contratuais e legais cabíveis, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Código de Conduta Institucional;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Educação Permanente;
- Política de Humanização;
- Política de Comunicação Institucional;
- Política de Integridade;
- Plano Estratégico;
- Plano Anual de Educação Permanente;
- Regulamentos Setoriais.

INTERFACES INSTITUCIONAIS

Relaciona-se diretamente com:

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Recursos Humanos;
- Corpo Clínico;
- Coordenação de Enfermagem;
- Segurança do Paciente;

- CCIH;
- CIPA;
- Comissão de Ética;
- Todos os setores administrativos e assistenciais.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

- percentual de execução do Plano de Educação Permanente;
- índice de participação em capacitações;
- índice de satisfação dos colaboradores;
- índice de clima organizacional;
- taxa de rotatividade;
- absenteísmo;
- número de ações de desenvolvimento institucional realizadas;
- percentual de adesão às campanhas institucionais;
- indicadores relacionados à ética e integridade.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS DO TÍTULO

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 229. A cultura organizacional constitui patrimônio institucional permanente da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho e deverá orientar todas as decisões administrativas, assistenciais e estratégicas da Instituição.

Art. 230. Todos os dirigentes, gestores, colaboradores, membros do Corpo Clínico, prestadores de serviços, estagiários e voluntários autorizados deverão observar as diretrizes

estabelecidas neste Título, promovendo ambiente organizacional pautado na ética, na cooperação, na excelência e na responsabilidade institucional.

Art. 231. As políticas institucionais, regulamentos setoriais, programas de desenvolvimento, instrumentos de gestão de pessoas e procedimentos administrativos deverão manter compatibilidade com as disposições deste Regimento.

Art. 232. A Administração Hospitalar promoverá revisão periódica das políticas relacionadas à cultura organizacional, gestão de pessoas e desenvolvimento institucional, propondo atualizações à Diretoria sempre que necessário.

Art. 233. Os casos omissos relativos às matérias disciplinadas neste Título serão analisados pela Administração Hospitalar e submetidos à deliberação da Diretoria, observadas as disposições estatutárias e legais.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Integram este Título:

- Estatuto Social;
- Código de Conduta Institucional;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Educação Permanente;
- Política de Humanização;
- Política de Comunicação Institucional;
- Política de Integridade;
- Plano Estratégico;
- Plano Anual de Gestão;
- Plano de Educação Permanente;
- Regulamentos Setoriais.

INTERFACES INSTITUCIONAIS

Relaciona-se diretamente com:

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Recursos Humanos;
- Corpo Clínico;
- Coordenação de Enfermagem;
- Responsáveis Técnicos;
- CCIH;
- NSP;
- CIPA;
- Comissão de Ética;
- Todos os setores administrativos, assistenciais e de apoio.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

A Administração Hospitalar acompanhará, entre outros:

- índice de adesão aos valores institucionais;
- índice de satisfação dos colaboradores;
- índice de clima organizacional;
- participação em programas de educação permanente;
- desenvolvimento de lideranças;
- taxa de rotatividade;
- absenteísmo;
- percentual de avaliações de desempenho realizadas;

- execução dos planos de desenvolvimento institucional;
- indicadores de integridade e conduta.

QUADRO EXECUTIVO DO GESTOR

Finalidade

Fortalecer a cultura organizacional, promover a valorização das pessoas, desenvolver competências institucionais e assegurar ambiente organizacional alinhado à missão, à visão e aos valores da Santa Casa.

Responsáveis

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Recursos Humanos;
- Coordenações;
- Responsáveis Técnicos;
- Lideranças Institucionais.

Documentos Obrigatórios

- Código de Conduta;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Plano Estratégico;
- Plano Anual de Gestão;
- Plano de Educação Permanente;
- Avaliação de Desempenho;
- Pesquisa de Clima Organizacional;
- Plano de Desenvolvimento Institucional.

- execução dos planos de desenvolvimento institucional;
- indicadores de integridade e conduta.

QUADRO EXECUTIVO DO GESTOR

Finalidade

Fortalecer a cultura organizacional, promover a valorização das pessoas, desenvolver competências institucionais e assegurar ambiente organizacional alinhado à missão, à visão e aos valores da Santa Casa.

Responsáveis

- Diretoria;
- Administração Hospitalar;
- Recursos Humanos;
- Coordenações;
- Responsáveis Técnicos;
- Lideranças Institucionais.

Documentos Obrigatórios

- Código de Conduta;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Plano Estratégico;
- Plano Anual de Gestão;
- Plano de Educação Permanente;
- Avaliação de Desempenho;
- Pesquisa de Clima Organizacional;
- Plano de Desenvolvimento Institucional.

MATRIZ DE RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Processo	Diretoria	Administração Hospitalar	Recursos Humanos	Coordenações
Cultura Organizacional	Define diretrizes	Coordena	Executa programas	Implementam
Gestão de Pessoas	Delibera políticas	Supervisiona	Executa	Apoiam
Educação Permanente	Aprova diretrizes	Coordena	Organiza	Participam
Avaliação de Desempenho	Supervisiona	Consolida	Executa	Avaliam
Desenvolvimento Institucional	Delibera	Coordena	Apoia	Executam

FLUXO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Planejamento Estratégico

↓

Administração Hospitalar

↓

Recursos Humanos

↓

Programa de Educação Permanente

↓

Desenvolvimento das Lideranças

↓

Fortalecimento da Cultura Organizacional

↓

Melhoria dos Processos

↓

Avaliação de Resultados

↓

Revisão dos Planos Institucionais

VOLUME II – ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL E CORPO CLÍNICO

TÍTULO I

DA ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A organização assistencial da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho compreende o conjunto de serviços destinados à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, observadas a legislação vigente, o Estatuto Social, este Regimento e as políticas institucionais.

Art. 2º A assistência será prestada com base nos princípios da legalidade, ética, humanização, segurança do paciente, qualidade, integralidade, continuidade do cuidado e eficiência.

Art. 3º A organização assistencial será estruturada de forma integrada entre os serviços médicos, de enfermagem, multiprofissionais, administrativos e de apoio.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS ASSISTENCIAIS

Art. 4º Constituem princípios da assistência:

I – centralidade no paciente;

II – respeito à dignidade da pessoa humana;

III – segurança do paciente;

IV – atuação multiprofissional;

V – utilização de práticas baseadas em evidências;

VI – continuidade do cuidado;

VII – confidencialidade das informações;

VIII – melhoria contínua da qualidade.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ASSISTENCIAL

Art. 5º A estrutura assistencial compreende, no mínimo:

I – Pronto Atendimento;

II – Internação;

III – Centro Cirúrgico;

IV – Centro de Material e Esterilização;

V – Serviço de Enfermagem;

VI – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

VII – Farmácia Hospitalar;

VIII – Nutrição e Dietética;

IX – Fisioterapia;

X – Psicologia, Serviço Social e demais serviços multiprofissionais, quando existentes.

Art. 6º A criação, alteração ou desativação de serviços assistenciais dependerá de estudo técnico e aprovação da Diretoria.

CAPÍTULO IV

DA RESPONSABILIDADE ASSISTENCIAL

Art. 7º Todos os profissionais assistenciais responderão técnica, ética e administrativamente pelos atos praticados no exercício de suas atribuições.

Art. 8º O atendimento deverá observar os protocolos institucionais, normas técnicas, diretrizes dos Conselhos Profissionais e legislação aplicável.

Art. 9º Eventos adversos, incidentes e não conformidades deverão ser comunicados conforme a Política Institucional de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO III

DA INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL

Art. 7º Os serviços assistenciais atuarão de forma integrada, observando protocolos institucionais, linhas de cuidado e fluxos assistenciais.

Art. 8º O cuidado ao paciente será desenvolvido de forma multiprofissional, respeitadas as competências legais de cada categoria profissional.

Art. 9º As equipes deverão assegurar adequada comunicação entre os profissionais envolvidos na assistência, especialmente nas transferências de cuidado.

CAPÍTULO IV

DA GESTÃO ASSISTENCIAL

Art. 10. A gestão assistencial compreenderá o planejamento, coordenação, supervisão, avaliação e melhoria contínua dos serviços de saúde.

Art. 11. Compete à Administração Hospitalar, em conjunto com as lideranças assistenciais:

I – coordenar a execução das políticas assistenciais;

II – acompanhar indicadores de desempenho;

III – assegurar o cumprimento dos protocolos institucionais;

IV – promover integração entre os serviços;

V – implementar ações de melhoria contínua.

Art. 12. Os gestores assistenciais responderão pelo desempenho dos serviços sob sua responsabilidade, observadas as competências previstas neste Regimento.

CAPÍTULO V

DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Art. 13. A qualidade assistencial será monitorada por indicadores institucionais definidos pela Administração Hospitalar e pelas áreas técnicas competentes.

Art. 14. Os serviços participarão dos programas institucionais de qualidade, auditoria, gestão de riscos e segurança do paciente.

Art. 15. As não conformidades identificadas deverão ser registradas, analisadas e tratadas mediante plano de ação específico.

CAPÍTULO VI

DA DOCUMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Art. 16. Todos os registros assistenciais deverão ser realizados de forma legível, completa, tempestiva e em conformidade com a legislação e os Conselhos Profissionais.

Art. 17. O prontuário do paciente constitui documento institucional de caráter sigiloso, observadas as normas relativas à confidencialidade, guarda e proteção de dados.

Art. 18. Os profissionais são responsáveis pelos registros referentes aos atos praticados no exercício de suas atribuições.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS

Art. 19. Os serviços assistenciais deverão manter protocolos, procedimentos operacionais padrão e rotinas atualizadas, compatíveis com as diretrizes institucionais.

Art. 20. As normas específicas de funcionamento de cada serviço serão disciplinadas em regulamentos próprios, aprovados pela Diretoria.

Art. 21. Aplicam-se subsidiariamente às atividades assistenciais as disposições constantes do Volume I deste Regimento.

TÍTULO II

DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22. O Corpo Clínico é o conjunto de médicos habilitados e autorizados a exercer atividades assistenciais na Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, observadas a legislação vigente, o Estatuto Social, este Regimento e o Regulamento do Corpo Clínico.

Art. 23. O Corpo Clínico possui autonomia técnica no exercício da Medicina, sem prejuízo do cumprimento das normas institucionais, das políticas aprovadas pela Diretoria e das competências da Administração Hospitalar.

Art. 24. O Corpo Clínico atuará de forma integrada com os demais profissionais de saúde, visando à assistência segura, contínua, humanizada e baseada em evidências.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 25. O Corpo Clínico será composto por médicos enquadrados nas seguintes categorias:

I – membros efetivos;

II – membros credenciados;

III – membros plantonistas;

IV – membros consultores, quando formalmente designados;

V – outras categorias previstas em regulamento específico.

Art. 26. O enquadramento nas categorias observará critérios técnicos, legais e institucionais definidos em regulamento próprio.

CAPÍTULO III

DO CREDENCIAMENTO

Art. 27. O ingresso no Corpo Clínico dependerá de processo formal de credenciamento.

Art. 28. O processo de credenciamento compreenderá, no mínimo:

I – requerimento do interessado;

II – apresentação da documentação legal e profissional;

III – comprovação de inscrição ativa no Conselho Regional de Medicina;

IV – análise técnica da Diretoria Técnica;

V – manifestação da Diretoria Clínica;

VI – aprovação pela Administração Hospitalar, quando aplicável.

Art. 29. O credenciamento não gera vínculo empregatício, societário ou direito adquirido à permanência no Corpo Clínico.

CAPÍTULO IV

DOS DIREITOS

Art. 30. Constituem direitos dos integrantes do Corpo Clínico:

I – exercer a Medicina com autonomia técnica;

II – utilizar a estrutura institucional para o atendimento dos pacientes, observadas as normas internas;

III – participar das Assembleias e reuniões do Corpo Clínico, quando convocadas;

IV – apresentar sugestões para melhoria da assistência;

V – acessar informações necessárias ao exercício profissional;

VI – solicitar apoio técnico e administrativo para o desempenho de suas atividades.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES

Art. 31. Constituem deveres dos integrantes do Corpo Clínico:

I – cumprir este Regimento e os regulamentos institucionais;

II – observar o Código de Ética Médica;

III – cumprir protocolos assistenciais e normas de segurança do paciente;

IV – realizar registros completos e tempestivos no prontuário;

V – comunicar eventos adversos e incidentes assistenciais;

VI – colaborar com auditorias, comissões e programas de qualidade;

VII – preservar o patrimônio e a imagem institucional.

Art. 32. O médico deverá manter atualizados seus dados cadastrais e documentos exigidos para o exercício de suas atividades na Instituição.

CAPÍTULO VI

DAS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS

Art. 33. Cada médico responderá técnica, ética, civil e penalmente pelos atos praticados no exercício profissional, na forma da legislação vigente.

Art. 34. A responsabilidade técnica individual não exclui a responsabilidade institucional decorrente da organização dos serviços, nos termos da legislação aplicável.

Art. 35. As condutas assistenciais deverão observar protocolos institucionais, diretrizes clínicas e evidências científicas, preservada a autonomia profissional quando devidamente justificada.

CAPÍTULO VII

DAS ESCALAS DE PLANTÃO

Art. 36. As escalas de plantão serão organizadas pela Diretoria Clínica, em conjunto com o coordenador médico, observadas as necessidades assistenciais da Instituição.

Art. 37. Os médicos plantonistas deverão cumprir integralmente os horários estabelecidos e assegurar a continuidade da assistência até a efetiva passagem do plantão.

Art. 38. Alterações nas escalas dependerão de comunicação prévia e autorização da Diretoria Clínica ou da autoridade competente.

CAPÍTULO VIII

DA EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

Art. 39. Os integrantes do Corpo Clínico participarão das atividades de educação permanente promovidas pela Instituição, sempre que relacionadas à segurança do paciente, qualidade assistencial, protocolos institucionais ou exigências legais.

Art. 40. A participação em programas de atualização técnico-científica será considerada critério de desenvolvimento profissional e de manutenção da qualidade assistencial.

CAPÍTULO IX

DA AVALIAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Art. 41. O desempenho dos integrantes do Corpo Clínico poderá ser avaliado periodicamente mediante critérios objetivos definidos em regulamento específico.

Art. 42. A avaliação poderá considerar:

I – qualidade assistencial;

II – cumprimento de protocolos;

III – registros em prontuário;

IV – participação institucional;

V – indicadores assistenciais;

VI – conduta ética e profissional.

CAPÍTULO X

DO DESCREDENCIAMENTO

Art. 43. O descredenciamento poderá ocorrer:

I – por solicitação do profissional;

II – por perda dos requisitos legais para o exercício profissional;

III – por descumprimento deste Regimento ou do Regulamento do Corpo Clínico;

IV – por decisão administrativa fundamentada, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

Art. 44. O procedimento de descredenciamento será disciplinado em regulamento próprio.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 45. O Regulamento do Corpo Clínico complementará as disposições deste Título, sem contrariar o Estatuto Social ou este Regimento Geral.

Art. 46. Os casos omissos serão apreciados pela Diretoria Técnica, Diretoria Clínica e Administração Hospitalar, conforme suas competências, podendo ser submetidos à Diretoria quando necessário.

TÍTULO III

DA DIRETORIA CLÍNICA E DA DIRETORIA TÉCNICA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 47. A Diretoria Clínica e a Diretoria Técnica constituem órgãos de direção assistencial, exercendo suas atribuições em conformidade com a legislação vigente, as normas do Conselho Federal de Medicina, o Estatuto Social e este Regimento.

Art. 54. Compete à Diretoria Técnica:

I – responder tecnicamente pelos serviços médicos da Instituição;

II – assegurar o cumprimento da legislação aplicável;

III – supervisionar as condições de funcionamento dos serviços médicos;

IV – acompanhar a regularidade do exercício profissional;

V – adotar providências diante de irregularidades técnicas;

VI – representar tecnicamente a Instituição perante os órgãos competentes;

VII – colaborar na implantação das políticas assistenciais.

Art. 55. A Diretoria Técnica exercerá suas atribuições com independência técnica, observadas as diretrizes institucionais.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS COMUNS

Art. 56. Compete conjuntamente à Diretoria Clínica e à Diretoria Técnica:

I – promover a qualidade da assistência médica;

II – apoiar a implementação das políticas assistenciais;

III – acompanhar indicadores relacionados à assistência médica;

IV – participar dos programas de acreditação, auditoria e melhoria contínua;

V – colaborar com as Comissões Institucionais;

VI – incentivar o cumprimento dos protocolos clínicos;

VII – atuar na prevenção de riscos assistenciais.

CAPÍTULO V

DA RELAÇÃO COM O CORPO CLÍNICO

Art. 57. A Diretoria Clínica manterá comunicação permanente com os integrantes do Corpo Clínico, promovendo alinhamento técnico e institucional.

Art. 58. A Diretoria Técnica poderá convocar reuniões para tratar de assuntos relacionados à segurança assistencial, regularidade técnica e cumprimento das normas profissionais.

Art. 59. As deliberações que produzam efeitos institucionais serão formalizadas pelos instrumentos administrativos competentes.

CAPÍTULO VI

DA PARTICIPAÇÃO NAS COMISSÕES

Art. 60. A Diretoria Clínica e a Diretoria Técnica participarão, diretamente ou por representantes, das Comissões Institucionais cuja atuação envolva matéria médica ou assistencial.

Art. 61. A participação compreenderá apoio técnico, emissão de pareceres e acompanhamento das ações deliberadas pelas comissões.

CAPÍTULO VII

DA QUALIDADE E SEGURANÇA ASSISTENCIAL

Art. 62. A Diretoria Clínica e a Diretoria Técnica atuarão de forma integrada com o Núcleo de Segurança do Paciente, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e demais instâncias de governança clínica.

Art. 63. Compete às Diretorias estimular a utilização de protocolos assistenciais baseados em evidências e acompanhar os indicadores relacionados à qualidade e à segurança da assistência.

CAPÍTULO VIII

DA EDUCAÇÃO MÉDICA E DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Art. 64. A Diretoria Clínica incentivará programas de atualização científica, reuniões clínicas e ações de educação permanente.

Art. 65. A Diretoria Técnica apoiará iniciativas voltadas ao aprimoramento técnico dos profissionais médicos, em articulação com a Administração Hospitalar.

CAPÍTULO IX

DA RESPONSABILIDADE FUNCIONAL

Art. 66. O exercício das funções de Diretor Clínico e Diretor Técnico observará a legislação vigente e as normas expedidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 67. As responsabilidades decorrentes das funções exercidas são pessoais e não afastam as responsabilidades institucionais previstas neste Regimento.

CAPÍTULO X

DAS SUBSTITUIÇÕES

Art. 68. Nas ausências ou impedimentos, o Diretor Clínico e o Diretor Técnico serão substituídos na forma prevista na legislação, nas normas do Conselho Federal de Medicina e nos atos de designação da Instituição.

Art. 69. A substituição deverá ser formalizada e comunicada à Administração Hospitalar.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 70. Os procedimentos específicos relativos às Diretorias Clínica e Técnica poderão ser disciplinados em regulamentos próprios, observadas as disposições deste Regimento.

Art. 71. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar e das Diretorias Clínica e Técnica, quando pertinente.

TÍTULO IV

DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 72. O Serviço de Enfermagem constitui unidade técnico-assistencial responsável pelo planejamento, organização, coordenação, execução, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem, observadas a legislação vigente, as normas do Conselho Federal de Enfermagem, o Estatuto Social e este Regimento.

Art. 73. O Serviço de Enfermagem atuará de forma integrada com os demais serviços assistenciais, assegurando a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Art. 74. A assistência de enfermagem será prestada com base em evidências científicas, protocolos institucionais e Processo de Enfermagem.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 75. O Serviço de Enfermagem será dirigido por Enfermeiro Responsável Técnico, regularmente inscrito no Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 76. Integram o Serviço de Enfermagem:

I – Enfermeiros;

II – Técnicos de Enfermagem;

III – Auxiliares de Enfermagem, quando existentes;

IV – Estudantes e residentes, na forma da legislação.

Art. 77. A distribuição das equipes observará critérios assistenciais, dimensionamento de pessoal e complexidade dos serviços.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 78. Compete ao Serviço de Enfermagem:

I – planejar a assistência de enfermagem;

II – executar e supervisionar os cuidados de enfermagem;

III – implementar protocolos institucionais;

IV – participar das ações de segurança do paciente;

V – registrar os atos de enfermagem no prontuário;

VI – participar das Comissões Institucionais;

VII – colaborar com programas de qualidade e gestão de riscos.

CAPÍTULO IV

DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Art. 79. Compete ao Enfermeiro Responsável Técnico:

I – responder tecnicamente pelo Serviço de Enfermagem;

II – coordenar as equipes;

III – supervisionar o cumprimento das normas profissionais;

IV – acompanhar indicadores assistenciais;

V – promover educação permanente;

VI – comunicar irregularidades à Administração Hospitalar.

Art. 80. O Responsável Técnico atuará em conformidade com a legislação profissional e manterá integração permanente com a Diretoria Técnica e a Administração Hospitalar.

CAPÍTULO V

DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Art. 81. O Processo de Enfermagem será adotado em todas as unidades assistenciais, conforme regulamentação do Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 82. Os registros deverão contemplar, no mínimo:

I – avaliação;

II – diagnóstico de enfermagem;

III – planejamento;

IV – implementação;

V – avaliação dos resultados.

CAPÍTULO VI

DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 83. O Serviço de Enfermagem participará da implementação e monitoramento das ações relacionadas à segurança do paciente.

Art. 84. Compete às equipes de enfermagem:

I – cumprir protocolos institucionais;

II – identificar riscos assistenciais;

III – notificar incidentes e eventos adversos;

IV – participar das ações de melhoria contínua.

CAPÍTULO VII

DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Art. 85. Os profissionais de enfermagem participarão obrigatoriamente dos programas de educação permanente promovidos pela Instituição.

Art. 86. As ações de capacitação contemplarão, entre outros:

I – segurança do paciente;

II – controle de infecções;

III – urgência e emergência;

IV – administração segura de medicamentos;

V – protocolos assistenciais.

CAPÍTULO VIII

DA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Art. 87. A qualidade da assistência de enfermagem será monitorada por indicadores institucionais e auditorias internas.

Art. 88. Os resultados subsidiarão planos de melhoria, programas de capacitação e revisão dos processos assistenciais.

CAPÍTULO IX

DA ÉTICA PROFISSIONAL

Art. 89. Os profissionais de enfermagem deverão observar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a legislação vigente e as normas institucionais.

Art. 90. O descumprimento das normas poderá ensejar a adoção das medidas administrativas, éticas e legais cabíveis.

CAPÍTULO X

DA INTEGRAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Art. 91. O Serviço de Enfermagem atuará de forma integrada com o Corpo Clínico e os demais profissionais de saúde, visando à assistência segura e integral.

Art. 92. As informações necessárias à continuidade do cuidado deverão ser compartilhadas pelos meios institucionais definidos.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 93. O Regulamento do Serviço de Enfermagem complementará este Título, observado o disposto neste Regimento.

Art. 94. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica do Responsável Técnico de Enfermagem, quando cabível.

TÍTULO V

DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS ESPECIALIZADOS

CAPÍTULO I

DO CENTRO CIRÚRGICO

Art. 95. O Centro Cirúrgico é a unidade destinada à realização de procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência, observadas as normas sanitárias, técnicas e institucionais.

Art. 96. Compete ao Centro Cirúrgico:

I – assegurar condições adequadas para os procedimentos cirúrgicos;

II – cumprir protocolos de cirurgia segura;

III – controlar a utilização das salas cirúrgicas;

IV – manter registros assistenciais e operacionais;

V – atuar de forma integrada com o Centro de Material e Esterilização, Anestesiologia, Enfermagem e demais serviços.

Art. 97. O funcionamento do Centro Cirúrgico será disciplinado por regulamento específico.

CAPÍTULO II

DO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – CME

Art. 98. O Centro de Material e Esterilização é responsável pelo processamento, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde.

Art. 99. Compete ao CME:

I – processar materiais conforme normas técnicas;

II – garantir rastreabilidade dos ciclos de esterilização;

III – controlar a qualidade do processamento;

IV – manter registros obrigatórios;

V – adotar medidas de biossegurança.

Art. 100. O CME atuará em conformidade com a legislação sanitária e regulamento próprio.

CAPÍTULO III

DA FARMÁCIA HOSPITALAR

Art. 101. A Farmácia Hospitalar é responsável pela gestão técnica e administrativa dos medicamentos, produtos para saúde e demais insumos farmacêuticos.

Art. 102. Compete à Farmácia Hospitalar:

I – selecionar, receber, armazenar e dispensar medicamentos;

II – controlar estoques;

III – promover o uso seguro de medicamentos;

IV – participar das ações de farmacovigilância;

V – integrar-se às ações de segurança do paciente.

Art. 103. A Farmácia atuará sob responsabilidade de farmacêutico legalmente habilitado.

CAPÍTULO IV

DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Art. 104. O Serviço de Nutrição e Dietética é responsável pelo planejamento, produção, controle e distribuição da alimentação destinada aos pacientes e, quando aplicável, aos colaboradores.

Art. 105. Compete ao Serviço:

I – realizar avaliação nutricional;

II – elaborar prescrições dietéticas quando de sua competência;

III – supervisionar a produção das refeições;

IV – controlar a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos;

V – orientar pacientes e equipes quanto à terapia nutricional.

Art. 106. O Serviço será coordenado por nutricionista legalmente habilitado.

CAPÍTULO V

DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Art. 107. O Serviço de Fisioterapia prestará assistência fisioterapêutica aos pacientes, conforme indicação clínica e protocolos institucionais.

Art. 108. Compete ao Serviço:

I – realizar avaliação fisioterapêutica;

II – elaborar plano terapêutico;

III – executar procedimentos fisioterapêuticos;

IV – registrar a assistência prestada;

V – participar da equipe multiprofissional.

CAPÍTULO VI

DO SERVIÇO SOCIAL

Art. 109. O Serviço Social atuará na garantia dos direitos dos usuários, na articulação com a rede de atenção e no apoio às equipes assistenciais.

Art. 110. Compete ao Serviço Social:

I – realizar atendimento social;

II – orientar usuários e familiares;

III – articular recursos da rede de proteção social;

IV – participar do planejamento da alta hospitalar;

V – elaborar registros técnicos pertinentes.

CAPÍTULO VII

DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

Art. 111. O Serviço de Psicologia prestará assistência psicológica aos pacientes, familiares e equipes, conforme critérios técnicos e disponibilidade institucional.

Art. 112. Compete ao Serviço:

I – realizar avaliação psicológica;

II – prestar acompanhamento psicológico;

III – participar das discussões multiprofissionais;

IV – colaborar na humanização da assistência;

V – registrar os atendimentos realizados.

CAPÍTULO VIII

DO SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA

Art. 113. O Serviço de Fonoaudiologia prestará assistência fonoaudiológica aos pacientes, conforme indicação clínica, protocolos institucionais e legislação profissional aplicável.

Art. 114. Compete ao Serviço:

I – realizar avaliação fonoaudiológica;

II – elaborar plano terapêutico fonoaudiológico;

III – executar procedimentos de prevenção, habilitação, reabilitação e terapia fonoaudiológica;

IV – registrar a assistência prestada em prontuário;

V – participar da equipe multiprofissional.

Art. 115. Os demais serviços assistenciais serão organizados conforme sua natureza, observadas a legislação profissional, as normas sanitárias e os regulamentos institucionais.

CAPÍTULO IX

DA INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 116. Os serviços assistenciais especializados atuarão de forma integrada entre si e com o Corpo Clínico, Serviço de Enfermagem e demais unidades assistenciais.

Art. 117. A comunicação entre os serviços observará os fluxos institucionais definidos pela Administração Hospitalar.

CAPÍTULO X

DA QUALIDADE E DOS INDICADORES

Art. 118. Os serviços especializados participarão dos programas institucionais de qualidade, segurança do paciente, auditoria e gestão de riscos.

Art. 119. Cada serviço manterá indicadores assistenciais compatíveis com suas atividades e apresentará periodicamente os resultados à Administração Hospitalar.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 120. Cada serviço assistencial especializado possuirá regulamento operacional específico, compatível com este Regimento e os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica do responsável pelo serviço, quando necessária

TÍTULO VI

DAS COMISSÕES INSTITUCIONAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 121. As Comissões Institucionais constituem órgãos permanentes ou temporários de assessoramento técnico, consultivo, educativo e de monitoramento, vinculados à Administração Hospitalar, sem prejuízo das competências legais de seus membros.

Art. 122. As Comissões atuarão em conformidade com a legislação vigente, normas dos órgãos reguladores, Estatuto Social, Volume I deste Regimento e regulamentos específicos.

Art. 123. A composição, atribuições e funcionamento das Comissões serão formalizados por ato da Diretoria.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

Art. 124. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é responsável pelo Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Art. 125. Compete à CCIH:

I – elaborar e revisar o Programa de Controle de Infecção;

II – monitorar indicadores epidemiológicos;

III – supervisionar medidas de prevenção e controle;

IV – promover capacitação das equipes;

V – emitir recomendações técnicas.

CAPÍTULO III

DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP

TÍTULO VI

DAS COMISSÕES INSTITUCIONAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 121. As Comissões Institucionais constituem órgãos permanentes ou temporários de assessoramento técnico, consultivo, educativo e de monitoramento, vinculados à Administração Hospitalar, sem prejuízo das competências legais de seus membros.

Art. 122. As Comissões atuarão em conformidade com a legislação vigente, normas dos órgãos reguladores, Estatuto Social, Volume I deste Regimento e regulamentos específicos.

Art. 123. A composição, atribuições e funcionamento das Comissões serão formalizados por ato da Diretoria.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH

Art. 124. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é responsável pelo Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Art. 125. Compete à CCIH:

I – elaborar e revisar o Programa de Controle de Infecção;

II – monitorar indicadores epidemiológicos;

III – supervisionar medidas de prevenção e controle;

IV – promover capacitação das equipes;

V – emitir recomendações técnicas.

CAPÍTULO III

DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP

Art. 126. O Núcleo de Segurança do Paciente coordenará as ações relacionadas à segurança assistencial, conforme legislação específica.

Art. 127. Compete ao NSP:

I – implementar o Plano de Segurança do Paciente;

II – monitorar incidentes e eventos adversos;

III – acompanhar indicadores de segurança;

IV – promover cultura de segurança;

V – propor ações de melhoria.

CAPÍTULO IV

DAS COMISSÕES DE REVISÃO

Art. 128. A Instituição manterá Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Revisão de Óbitos.

Art. 129. Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I – avaliar a qualidade dos registros;

II – recomendar melhorias;

III – emitir relatórios técnicos.

Art. 130. Compete à Comissão de Revisão de Óbitos:

I – analisar os óbitos ocorridos;

II – identificar oportunidades de melhoria;

III – emitir recomendações assistenciais.

CAPÍTULO V

DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Art. 131. A Comissão de Ética Médica exercerá suas atribuições conforme normas do Conselho Federal de Medicina.

Art. 132. A Comissão de Ética de Enfermagem exercerá suas atribuições conforme normas do Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 133. As Comissões de Ética atuarão de forma educativa, preventiva e orientadora, preservadas as competências dos respectivos Conselhos Profissionais.

CAPÍTULO VI

DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO – CIPA

Art. 134. A CIPA atuará na prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, bem como na prevenção e enfrentamento do assédio e da violência no ambiente laboral.

Art. 135. Compete à CIPA:

I – identificar riscos ocupacionais;

II – propor medidas preventivas;

III – acompanhar programas de saúde e segurança;

IV – promover campanhas educativas.

CAPÍTULO VII

DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Art. 136. A Comissão de Farmácia e Terapêutica é responsável pela avaliação técnica relacionada ao uso de medicamentos e terapias.

Art. 137. Compete à Comissão:

I – analisar solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos;

II – revisar a padronização terapêutica;

III – acompanhar o uso racional de medicamentos;

IV – emitir pareceres técnicos.

CAPÍTULO VIII

DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Art. 138. A Comissão de Padronização avaliará materiais médico-hospitalares, medicamentos e tecnologias em saúde.

Art. 139. Compete à Comissão:

I – estabelecer critérios técnicos de padronização;

II – avaliar custo, qualidade e efetividade;

III – recomendar inclusões, substituições ou exclusões.

CAPÍTULO IX

DAS DEMAIS COMISSÕES

Art. 140. Poderão ser instituídas outras Comissões permanentes ou temporárias para atender necessidades técnicas, legais ou estratégicas da Instituição.

Art. 141. As competências das demais Comissões serão definidas em regulamento ou ato de designação.

CAPÍTULO X

DO FUNCIONAMENTO

Art. 142. As Comissões reunir-se-ão ordinariamente conforme calendário próprio e extraordinariamente quando convocadas.

Art. 143. As reuniões serão registradas em ata, contendo deliberações, responsáveis e prazos para execução das ações.

Art. 144. As recomendações das Comissões serão encaminhadas à Administração Hospitalar para conhecimento, acompanhamento e providências.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 145. As Comissões manterão regulamentos próprios compatíveis com este Regimento e com a legislação aplicável.

Art. 146. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, ouvida a Comissão competente quando necessário.

TÍTULO VII

DA SEGURANÇA DO PACIENTE, DA QUALIDADE ASSISTENCIAL E DA GESTÃO DE RISCOS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 147. A Santa Casa adotará Sistema Institucional de Segurança do Paciente, Qualidade Assistencial e Gestão de Riscos, integrado à Governança Institucional disciplinada no Volume I deste Regimento.

Art. 148. O Sistema tem por finalidade prevenir danos, promover a melhoria contínua da assistência e fortalecer a cultura de segurança em todos os serviços.

Art. 149. Todos os profissionais são responsáveis pela promoção da segurança do paciente no âmbito de suas atribuições.

CAPÍTULO II

DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 150. As ações de Segurança do Paciente serão coordenadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP, em articulação com a Administração Hospitalar e as áreas assistenciais.

Art. 151. Constituem objetivos da Segurança do Paciente:

I – reduzir riscos assistenciais;

II – prevenir incidentes e eventos adversos;

III – promover práticas seguras;

IV – fortalecer a cultura de segurança;

V – estimular a notificação de incidentes.

Art. 152. A Instituição adotará protocolos de segurança compatíveis com a legislação vigente e as diretrizes do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO III

DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Art. 153. A qualidade assistencial será monitorada por meio de indicadores institucionais, auditorias, avaliações internas e ações de melhoria contínua.

Art. 154. Constituem objetivos da gestão da qualidade:

I – padronizar processos assistenciais;

II – reduzir variabilidade dos procedimentos;

III – monitorar resultados;

IV – promover assistência segura e eficiente;

V – estimular inovação e melhoria contínua.

Art. 155. As unidades assistenciais deverão participar dos programas institucionais de qualidade definidos pela Administração Hospitalar.

CAPÍTULO IV

DA GESTÃO DE RISCOS

Art. 156. A gestão de riscos assistenciais compreenderá a identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos relacionados à assistência.

Art. 157. Os riscos serão classificados conforme metodologia institucional, considerando sua probabilidade, impacto e criticidade.

Art. 158. As áreas assistenciais deverão manter controles destinados à prevenção e mitigação dos riscos identificados.

CAPÍTULO V

DOS INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Art. 159. Todo incidente, quase falha ou evento adverso deverá ser registrado no sistema institucional de notificação.

Art. 160. A notificação terá caráter educativo e de melhoria dos processos, sem prejuízo da apuração administrativa quando necessária.

Art. 161. Os eventos classificados como graves serão analisados pelo NSP, com participação das áreas envolvidas e elaboração de plano de ação.

CAPÍTULO VI

DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS

Art. 162. A Administração Hospitalar definirá indicadores mínimos para monitoramento da qualidade e segurança da assistência.

Art. 163. Os indicadores deverão contemplar, conforme aplicável:

I – infecções relacionadas à assistência;

II – quedas;

III – lesões por pressão;

IV – erros de medicação;

V – reinternações;

VI – mortalidade hospitalar;

VII – tempo médio de permanência;

VIII – adesão aos protocolos institucionais.

CAPÍTULO VII

DAS AUDITORIAS ASSISTENCIAIS

Art. 164. A Instituição realizará auditorias assistenciais periódicas para avaliação da conformidade dos processos e da qualidade da assistência.

Art. 165. As auditorias poderão resultar em recomendações, planos de ação e monitoramento das medidas corretivas.

Art. 166. Os resultados serão apresentados à Administração Hospitalar e às instâncias de governança competentes.

CAPÍTULO VIII

DA CULTURA DE SEGURANÇA

Art. 167. A Santa Casa promoverá cultura organizacional voltada à prevenção de danos, ao aprendizado institucional e à melhoria contínua.

Art. 168. A Instituição incentivará a comunicação transparente de riscos, incidentes e oportunidades de melhoria.

Art. 169. Os programas de educação permanente incluirão conteúdos relacionados à segurança do paciente e gestão de riscos.

CAPÍTULO IX

DOS PLANOS DE MELHORIA

Art. 170. As não conformidades identificadas em auditorias, inspeções ou indicadores deverão originar plano de ação com definição de responsáveis, prazos e critérios de acompanhamento.

Art. 171. A execução dos planos de melhoria será monitorada pela Administração Hospitalar em conjunto com as áreas responsáveis.

CAPÍTULO X

DA RESPONSABILIDADE DAS ÁREAS ASSISTENCIAIS

Art. 172. Todas as unidades assistenciais deverão colaborar com as ações de segurança do paciente, qualidade e gestão de riscos.

Art. 173. Os gestores assistenciais responderão pelo acompanhamento dos indicadores e pela implementação das ações corretivas em suas respectivas áreas.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 174. Os programas de Segurança do Paciente, Qualidade Assistencial e Gestão de Riscos serão regulamentados por políticas e procedimentos específicos, observadas as disposições deste Regimento.

Art. 175. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica do Núcleo de Segurança do Paciente e das demais áreas competentes, quando cabível.

TÍTULO VIII

DOS DIREITOS, DEVERES E RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 176. Este Título disciplina os direitos, deveres e responsabilidades dos profissionais que atuam na assistência à saúde, observadas a legislação vigente, os respectivos Conselhos Profissionais, o Estatuto Social e este Regimento.

Art. 177. As disposições deste Título aplicam-se aos profissionais próprios, contratados, credenciados, residentes, estagiários e demais pessoas autorizadas a exercer atividades assistenciais na Instituição.

CAPÍTULO II

DOS DIREITOS

Art. 178. Constituem direitos dos profissionais da assistência:

I – exercer suas atividades em condições adequadas de trabalho;

II – utilizar os recursos institucionais necessários ao desempenho de suas funções;

III – receber orientação técnica e administrativa;

IV – participar de programas de educação permanente;

V – comunicar riscos assistenciais e operacionais;

VI – ser tratado com respeito e dignidade;

VII – ter assegurado o contraditório e a ampla defesa nos processos administrativos.

Art. 179. O exercício dos direitos previstos neste Regimento observará os limites legais, éticos e institucionais.

CAPÍTULO III

DOS DEVERES

Art. 180. Constituem deveres dos profissionais da assistência:

I – cumprir a legislação, os códigos de ética e este Regimento;

II – observar os protocolos institucionais;

III – prestar assistência segura, humanizada e qualificada;

IV – registrar adequadamente os atos assistenciais;

V – preservar o sigilo profissional;

VI – utilizar corretamente equipamentos e recursos institucionais;

VII – comunicar incidentes, eventos adversos e situações de risco;

VIII – participar das ações de educação permanente obrigatórias.

Art. 181. O profissional deverá manter atualizada sua habilitação legal e comunicar imediatamente qualquer impedimento ao exercício profissional.

CAPÍTULO IV

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 182. Cada profissional responderá pelos atos praticados no exercício de suas atribuições, nos limites de sua competência técnica e legal.

Art. 183. A responsabilidade individual não exclui a responsabilidade institucional decorrente da organização dos serviços, na forma da legislação aplicável.

Art. 184. Os profissionais deverão atuar de forma integrada, respeitando as competências das demais categorias profissionais.

CAPÍTULO V

DA CONDUTA PROFISSIONAL

Art. 185. A conduta profissional deverá observar os princípios da ética, respeito, urbanidade, imparcialidade, cooperação e compromisso com a qualidade da assistência.

Art. 186. É vedado ao profissional:

I – praticar atos incompatíveis com seu exercício profissional;

II – descumprir protocolos sem justificativa técnica;

III – utilizar informações institucionais de forma indevida;

IV – comprometer a segurança do paciente;

V – exercer atividades sem habilitação legal.

CAPÍTULO VI

DA COMUNICAÇÃO E DO REGISTRO ASSISTENCIAL

Art. 187. Os profissionais deverão manter comunicação efetiva entre si, garantindo a continuidade e a segurança da assistência.

Art. 188. Todos os registros assistenciais deverão ser completos, legíveis, tempestivos e realizados conforme a legislação e os regulamentos institucionais.

Art. 189. A omissão ou adulteração de registros sujeitará o responsável às medidas cabíveis.

CAPÍTULO VII

DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Art. 190. A participação nos programas institucionais de educação permanente constitui dever funcional dos profissionais, quando relacionados às suas atividades.

Art. 191. A Instituição incentivará a atualização técnico-científica, o desenvolvimento de competências e a participação em ações de melhoria contínua.

CAPÍTULO VIII

DA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

Art. 192. Os profissionais deverão cumprir as normas de saúde e segurança do trabalho, utilizando corretamente os equipamentos de proteção e observando as medidas de biossegurança.

Art. 193. Situações de risco ocupacional deverão ser comunicadas imediatamente à chefia imediata e aos setores competentes.

CAPÍTULO IX

DAS MEDIDAS DISCIPLINARES

Art. 194. O descumprimento das disposições deste Regimento poderá ensejar a adoção de medidas administrativas, sem prejuízo das responsabilidades civis, penais e éticas.

Art. 195. A apuração observará o devido processo administrativo, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

CAPÍTULO X

DA INTEGRAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Art. 196. Os profissionais atuarão em regime de cooperação interdisciplinar, compartilhando informações necessárias à assistência e respeitando os limites de competência de cada profissão.

Art. 197. Divergências técnicas deverão ser tratadas pelos canais institucionais competentes, preservando a continuidade do cuidado ao paciente.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 198. Os regulamentos específicos das categorias profissionais complementarão este Título, desde que compatíveis com este Regimento.

Art. 199. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica das áreas competentes, quando necessária.

TÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS DA ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 200. A organização assistencial da Santa Casa será permanentemente orientada pelos princípios, diretrizes e normas estabelecidos no Estatuto Social, no Volume I deste Regimento, na legislação vigente e nas normas dos Conselhos Profissionais.

Art. 201. Os serviços assistenciais deverão atuar de forma integrada, observando as linhas de cuidado, os protocolos institucionais e os fluxos assistenciais aprovados pela Administração Hospitalar.

CAPÍTULO II

DA INTEGRAÇÃO COM OS DEMAIS VOLUMES

Art. 202. As disposições deste Volume complementam as normas de Governança Institucional estabelecidas no Volume I e deverão ser interpretadas em conjunto com os demais Volumes do Regimento Geral.

Art. 203. Os regulamentos específicos dos serviços assistenciais deverão observar, obrigatoriamente, as disposições deste Volume.

Art. 204. Havendo conflito entre regulamentos setoriais e este Regimento, prevalecerão as disposições do Regimento Geral.

CAPÍTULO III

DA ATUALIZAÇÃO DOS REGULAMENTOS ASSISTENCIAIS

Art. 205. Os regulamentos operacionais dos serviços assistenciais serão revisados, no mínimo, a cada 24 (vinte e quatro) meses ou sempre que ocorrer alteração normativa, tecnológica ou organizacional relevante.

Art. 206. As propostas de alteração deverão ser fundamentadas tecnicamente e submetidas à Administração Hospitalar para análise e aprovação da Diretoria, quando aplicável.

CAPÍTULO IV

DA DOCUMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Art. 207. Os documentos normativos da área assistencial deverão permanecer atualizados, disponíveis aos profissionais e sujeitos ao controle documental institucional.

Art. 208. Constituem documentos complementares deste Volume:

I – regulamentos dos serviços assistenciais;

II – protocolos clínicos e assistenciais;

III – procedimentos operacionais padrão;

IV – linhas de cuidado;

V – planos de contingência;

VI – formulários institucionais.

CAPÍTULO V

DOS ANEXOS INSTITUCIONAIS

Art. 209. Integram este Volume, como anexos institucionais:

I – Organograma Assistencial;

II – Fluxo Assistencial Institucional;

III – Fluxo de Atendimento ao Paciente;

IV – Matriz de Responsabilidades Assistenciais;

V – Relação das Comissões Institucionais;

VI – Relação dos Protocolos Assistenciais Vigentes.

CAPÍTULO VI

DO MONITORAMENTO

Art. 210. A Administração Hospitalar acompanhará a execução deste Volume mediante indicadores assistenciais, auditorias, inspeções, análises críticas e planos de melhoria.

Art. 211. Os resultados serão utilizados para revisão dos processos assistenciais e aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

CAPÍTULO VII

DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Art. 212. As alterações decorrentes deste Volume serão objeto de programas de educação permanente destinados aos profissionais da assistência.

Art. 213. A participação nas capacitações obrigatórias observará os programas institucionais definidos pela Administração Hospitalar.

CAPÍTULO VIII

DA INTERPRETAÇÃO DAS NORMAS

Art. 214. As disposições deste Volume serão interpretadas em consonância com o Estatuto Social, o Volume I deste Regimento e a legislação aplicável ao exercício das profissões da saúde.

Art. 215. As dúvidas de interpretação serão submetidas à Administração Hospitalar, com manifestação técnica das áreas competentes e, quando necessário, da Assessoria Jurídica.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 216. Os serviços assistenciais deverão manter evidências documentais da execução de suas atividades, garantindo rastreabilidade, conformidade e segurança das informações.

Art. 217. A implementação de novos serviços ou tecnologias assistenciais dependerá de avaliação técnica, análise de riscos e aprovação institucional.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 218. Os regulamentos assistenciais vigentes permanecerão aplicáveis até sua revisão e adequação às disposições deste Regimento.

Art. 219. A Administração Hospitalar estabelecerá cronograma para atualização dos documentos normativos decorrentes deste Volume.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 220. Este Volume constitui norma geral de organização assistencial da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, devendo ser observado por todos os profissionais e serviços abrangidos.

Art. 221. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar e das áreas assistenciais competentes, observado o Estatuto Social e os demais Volumes deste Regimento.

ANEXOS INSTITUCIONAIS ESSENCIAIS

Integram o Volume II:

- Anexo I – Organograma Assistencial;
- Anexo II – Fluxo Institucional de Atendimento ao Paciente;
- Anexo III – Matriz de Responsabilidades Assistenciais;
- Anexo IV – Relação das Comissões Institucionais;
- Anexo V – Relação dos Protocolos Assistenciais Vigentes;
- Anexo VI – Glossário de Termos Assistenciais.

VOLUME III
GESTÃO ADMINISTRATIVA, FINANCEIRA E PATRIMONIAL

TÍTULO I
DA GESTÃO ADMINISTRATIVA

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Gestão Administrativa compreende o conjunto de atividades destinadas ao planejamento, organização, coordenação, execução, controle e avaliação dos processos administrativos da Santa Casa, em conformidade com o Estatuto Social, o Volume I deste Regimento e a legislação vigente.

Art. 2º A gestão administrativa será orientada pelos princípios da legalidade, eficiência, economicidade, transparência, integridade, continuidade dos serviços e melhoria contínua.

Art. 3º As atividades administrativas deverão atuar de forma integrada com as áreas assistenciais, financeiras, patrimoniais e de governança.

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Art. 4º A estrutura administrativa será composta pelas unidades organizacionais definidas no Organograma Institucional e subordinadas à Administração Hospitalar.

Art. 5º As unidades administrativas atuarão de forma coordenada, observando suas competências específicas e os fluxos institucionais.

Art. 6º A criação, alteração ou extinção de unidades administrativas dependerá de aprovação da Diretoria.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

Art. 7º Compete às unidades administrativas:

I – executar as políticas institucionais;

II – cumprir as normas internas;

III – apoiar as atividades assistenciais;

IV – manter controles administrativos;

V – elaborar relatórios gerenciais;

VI – acompanhar indicadores de desempenho;

VII – colaborar com auditorias e inspeções.

Art. 8º Cada unidade responderá pelos processos sob sua responsabilidade, observadas as competências estabelecidas neste Regimento.

CAPÍTULO IV

DO PLANEJAMENTO ADMINISTRATIVO

Art. 9º O planejamento administrativo será elaborado em consonância com o Planejamento Estratégico Institucional.

Art. 10. Os planos administrativos deverão estabelecer objetivos, metas, responsáveis, indicadores e cronogramas de execução.

Art. 11. O cumprimento dos planos será acompanhado periodicamente pela Administração Hospitalar.

CAPÍTULO V

DA GESTÃO DE PROCESSOS

Art. 12. Os processos administrativos deverão ser formalmente definidos, documentados e revisados periodicamente.

Art. 13. As unidades deverão adotar medidas para simplificação, padronização e melhoria contínua dos processos.

Art. 14. Alterações relevantes nos processos dependerão de validação da Administração Hospitalar.

CAPÍTULO VI

DA GESTÃO DOCUMENTAL

Art. 15. Os documentos administrativos serão produzidos, classificados, arquivados e eliminados conforme a Política Institucional de Gestão Documental.

Art. 16. Os registros administrativos deverão garantir autenticidade, integridade, rastreabilidade e disponibilidade das informações.

Art. 17. A guarda documental observará os prazos legais e normativos aplicáveis.

CAPÍTULO VII

DOS CONTROLES ADMINISTRATIVOS

Art. 18. As unidades administrativas manterão controles internos destinados à prevenção de falhas, irregularidades e desperdícios.

Art. 19. Os controles deverão ser compatíveis com os riscos dos processos e periodicamente avaliados.

Art. 20. As não conformidades identificadas deverão gerar plano de ação e acompanhamento até sua conclusão.

CAPÍTULO VIII

DOS INDICADORES ADMINISTRATIVOS

Art. 21. A Administração Hospitalar estabelecerá indicadores para avaliação do desempenho das unidades administrativas.

Art. 22. Os indicadores deverão subsidiar a tomada de decisão, a melhoria dos processos e a prestação de contas à Diretoria.

Art. 23. As unidades administrativas apresentarão periodicamente seus resultados conforme cronograma institucional.

CAPÍTULO IX

DA INTEGRAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 24. As unidades administrativas atuarão de forma integrada entre si e com as áreas assistenciais, observando os fluxos institucionais.

Art. 25. As informações necessárias à gestão deverão ser compartilhadas pelos meios oficiais da Instituição.

CAPÍTULO X

DA AVALIAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 26. A Administração Hospitalar realizará avaliações periódicas dos processos administrativos, utilizando auditorias, indicadores e análises gerenciais.

Art. 27. Os resultados das avaliações subsidiarão ações corretivas, preventivas e de melhoria contínua.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28. Os regulamentos das unidades administrativas complementarão este Título, observadas as disposições do Regimento Geral.

Art. 29. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, com submissão à Diretoria quando necessário.

TÍTULO II

DA GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 30. A Gestão Financeira e Orçamentária compreende o planejamento, a execução, o controle e a avaliação dos recursos financeiros da Santa Casa, observadas as disposições do Estatuto Social, deste Regimento, da legislação aplicável e das normas de governança institucional.

Art. 31. A gestão financeira será orientada pelos princípios da legalidade, transparência, economicidade, sustentabilidade, responsabilidade fiscal, eficiência e controle interno.

Art. 32. A Administração Hospitalar coordenará a gestão financeira em conjunto com a unidade responsável, sob supervisão da Diretoria.

CAPÍTULO II

DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

Art. 33. O orçamento institucional será elaborado anualmente, em consonância com o Planejamento Estratégico e o Plano Anual de Gestão.

Art. 34. O planejamento orçamentário compreenderá, no mínimo:

I – previsão de receitas;

II – estimativa de despesas;

III – investimentos;

IV – reservas financeiras;

V – metas de desempenho econômico-financeiro.

Art. 35. A proposta orçamentária será submetida à Diretoria para aprovação antes do início do exercício correspondente.

CAPÍTULO III

DA EXECUÇÃO FINANCEIRA

Art. 36. A execução financeira observará o orçamento aprovado, os limites de alçada e os procedimentos internos de autorização.

Art. 37. Toda movimentação financeira deverá possuir documentação comprobatória e registro contábil correspondente.

Art. 38. A realização de despesas sem previsão orçamentária dependerá de justificativa técnica e autorização da Diretoria.

CAPÍTULO IV

DAS RECEITAS

Art. 39. Constituem receitas da Instituição, entre outras:

I – receitas provenientes da prestação de serviços;

II – repasses do Sistema Único de Saúde;

III – convênios e contratos;

IV – subvenções e incentivos públicos;

V – doações, legados e contribuições;

VI – rendimentos patrimoniais;

VII – outras receitas legalmente admitidas.

Art. 40. As receitas deverão ser registradas e controladas de forma a assegurar sua rastreabilidade e correta aplicação.

CAPÍTULO V

DAS DESPESAS

Art. 41. As despesas deverão observar o planejamento orçamentário, a disponibilidade financeira e os procedimentos internos de autorização.

Art. 42. Nenhuma despesa poderá ser realizada sem documentação hábil e identificação do responsável pela autorização.

Art. 43. As despesas extraordinárias serão objeto de análise específica pela Administração Hospitalar e aprovação da Diretoria, quando exigido.

CAPÍTULO VI

DO FLUXO DE CAIXA

Art. 44. A Instituição manterá controle permanente do fluxo de caixa, visando assegurar liquidez, equilíbrio financeiro e continuidade das atividades.

Art. 45. O fluxo de caixa será acompanhado periodicamente mediante relatórios financeiros.

Art. 46. As projeções financeiras subsidiarão o planejamento e a tomada de decisões estratégicas.

CAPÍTULO VII

DOS CONTROLES INTERNOS

Art. 47. A gestão financeira será submetida a controles internos destinados à prevenção de erros, irregularidades, fraudes e desperdícios.

Art. 48. Os controles compreenderão, entre outros:

I – segregação de funções;

II – conciliações periódicas;

III – controle de pagamentos;

IV – controle de recebimentos;

V – conferência documental;

VI – monitoramento de riscos financeiros.

CAPÍTULO VIII

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Art. 49. A prestação de contas observará os princípios da transparência, tempestividade e conformidade com as exigências legais e contratuais.

Art. 50. Os demonstrativos financeiros serão elaborados em conformidade com as normas contábeis aplicáveis.

Art. 51. Sempre que exigido, a Instituição prestará contas aos órgãos públicos, financiadores, parceiros e órgãos de controle.

CAPÍTULO IX

DA CONFORMIDADE FINANCEIRA

Art. 52. A conformidade financeira será monitorada mediante auditorias, análises contábeis, indicadores e mecanismos de controle interno.

Art. 53. As inconformidades identificadas deverão ser registradas, analisadas e tratadas mediante plano de ação.

CAPÍTULO X

DOS INDICADORES ECONÔMICO-FINANCEIROS

Art. 54. A Administração Hospitalar acompanhará indicadores destinados à avaliação da sustentabilidade financeira da Instituição.

Art. 55. Os indicadores poderão compreender, entre outros:

I – liquidez;

II – resultado operacional;

III – execução orçamentária;

IV – inadimplência;

V – fluxo de caixa;

VI – custo assistencial;

VII – margem operacional.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 56. Os procedimentos financeiros específicos serão disciplinados em normas complementares aprovadas pela Diretoria, observadas as disposições deste Regimento.

Art. 57. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação da área financeira e da Assessoria Jurídica, quando necessária.

TÍTULO III

DA GESTÃO PATRIMONIAL, SUPRIMENTOS, COMPRAS, CONTRATOS E ALMOXARIFADO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 58. A gestão patrimonial, de suprimentos, compras, contratos e almoxarifado compreende o conjunto de processos destinados ao planejamento, aquisição, recebimento, armazenamento, controle, distribuição, conservação e alienação de bens e materiais da Santa Casa.

Art. 59. Os processos observarão os princípios da legalidade, economicidade, transparência, eficiência, rastreabilidade, segregação de funções e sustentabilidade.

Art. 60. A Administração Hospitalar supervisionará os processos de gestão patrimonial e de suprimentos, observadas as competências das unidades responsáveis.

CAPÍTULO II

DA GESTÃO PATRIMONIAL

Art. 61. Todos os bens permanentes da Instituição deverão ser registrados, identificados e controlados em sistema próprio.

Art. 62. Compete à unidade responsável pelo patrimônio:

I – manter cadastro atualizado dos bens;

II – realizar tombamento e identificação patrimonial;

III – controlar movimentações;

IV – acompanhar a vida útil dos bens;

V – propor baixa, transferência ou alienação.

Art. 63. Toda movimentação patrimonial deverá ser formalmente registrada.

CAPÍTULO III

DOS SUPRIMENTOS E DAS COMPRAS

Art. 64. As aquisições de bens e serviços observarão planejamento anual, disponibilidade orçamentária e critérios técnicos de necessidade.

Art. 65. O processo de compras compreenderá, no mínimo:

I – solicitação formal;

II – justificativa da demanda;

III – especificação técnica;

IV – pesquisa de mercado, quando aplicável;

V – análise da disponibilidade orçamentária;

VI – aprovação conforme níveis de alçada.

Art. 66. As compras deverão priorizar critérios de qualidade, segurança, custo-benefício, regularidade fiscal e capacidade de fornecimento.

CAPÍTULO IV

DA GESTÃO DE FORNECEDORES

Art. 67. Os fornecedores serão cadastrados e avaliados conforme critérios técnicos, jurídicos, fiscais e de desempenho.

Art. 68. A avaliação periódica considerará, entre outros:

I – qualidade dos produtos ou serviços;

II – cumprimento dos prazos;

III – conformidade contratual;

IV – atendimento às exigências legais;

V – desempenho nas entregas.

Art. 69. O descumprimento das obrigações poderá resultar em suspensão ou descredenciamento, observado o devido processo administrativo.

CAPÍTULO V

DOS CONTRATOS

Art. 70. Toda contratação será formalizada por instrumento jurídico compatível com sua natureza e valor.

Art. 71. Os contratos deverão conter, no mínimo:

I – objeto;

II – prazo de vigência;

III – obrigações das partes;

IV – critérios de pagamento;

V – responsabilidades;

VI – hipóteses de alteração e rescisão.

Art. 72. A execução contratual será acompanhada por gestor formalmente designado.

CAPÍTULO VI

DO ALMOXARIFADO

Art. 73. O Almoxarifado é responsável pelo recebimento, conferência, armazenamento, controle e distribuição de materiais institucionais.

Art. 74. O armazenamento observará critérios de segurança, organização, conservação, validade e rastreabilidade.

Art. 75. Toda entrada e saída de materiais deverá ser registrada em sistema de controle.

CAPÍTULO VII

DO CONTROLE DE ESTOQUES

Art. 76. Os estoques serão administrados com base em níveis mínimos e máximos, consumo histórico e planejamento institucional.

Art. 77. Constituem medidas obrigatórias:

I – inventários periódicos;

II – controle de validade;

III – identificação de materiais obsoletos;

IV – prevenção de perdas;

V – segregação de materiais não conformes.

Art. 78. Divergências de estoque deverão ser apuradas e formalmente registradas.

CAPÍTULO VIII

DO INVENTÁRIO PATRIMONIAL

Art. 79. A Instituição realizará inventário patrimonial periódico para verificação física e contábil dos bens permanentes.

Art. 80. O inventário poderá ser anual ou extraordinário, quando determinado pela Diretoria ou pela Administração Hospitalar.

Art. 81. As divergências identificadas serão objeto de análise e regularização administrativa.

CAPÍTULO IX

DA LOGÍSTICA INTERNA

Art. 82. A logística interna compreenderá o planejamento e a movimentação de materiais, equipamentos e insumos entre as unidades da Instituição.

Art. 83. A distribuição observará prioridades assistenciais, disponibilidade de estoque e critérios de rastreabilidade.

Art. 84. Os fluxos logísticos serão definidos em procedimentos operacionais específicos.

CAPÍTULO X

DOS CONTROLES E AUDITORIAS

Art. 85. Os processos de patrimônio, compras, contratos e almoxarifado estarão sujeitos a auditorias internas e externas.

Art. 86. Serão monitorados, entre outros:

I – conformidade das aquisições;

II – execução contratual;

III – acuracidade dos estoques;

IV – perdas patrimoniais;

V – desempenho dos fornecedores.

Art. 87. As inconformidades deverão resultar em plano de ação acompanhado pela Administração Hospitalar.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 88. Os procedimentos operacionais relativos à gestão patrimonial, suprimentos, compras, contratos e almoxarifado serão disciplinados por regulamentos específicos compatíveis com este Regimento.

Art. 89. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica das unidades competentes e da Assessoria Jurídica, quando necessária.

TÍTULO IV

DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO, GESTÃO DOCUMENTAL, PROTEÇÃO DE DADOS E ARQUIVO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 90. A Tecnologia da Informação, a Gestão Documental, a Proteção de Dados e o Arquivo Institucional constituem sistemas de apoio à gestão e à assistência, destinados a assegurar a disponibilidade, integridade, confidencialidade, autenticidade e rastreabilidade das informações institucionais.

Art. 91. Os processos disciplinados neste Título observarão a legislação vigente, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), as normas de segurança da informação e as políticas institucionais.

Art. 92. A Administração Hospitalar coordenará a governança desses processos por meio das unidades competentes.

CAPÍTULO II

DA GOVERNANÇA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Art. 93. A Governança de Tecnologia da Informação tem por finalidade alinhar os recursos tecnológicos aos objetivos estratégicos da Instituição.

Art. 94. Compete à unidade responsável pela Tecnologia da Informação:

I – administrar a infraestrutura tecnológica;

II – garantir disponibilidade dos sistemas;

III – manter inventário dos ativos de tecnologia;

IV – controlar acessos aos sistemas institucionais;

V – elaborar planos de continuidade dos serviços de TI;

VI – apoiar a transformação digital da Instituição.

Art. 95. A aquisição de soluções tecnológicas observará critérios de segurança, interoperabilidade, escalabilidade e viabilidade técnica.

CAPÍTULO III

DA SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

Art. 96. A Instituição manterá Política de Segurança da Informação aplicável a todos os usuários dos sistemas institucionais.

Art. 97. Constituem diretrizes da segurança da informação:

I – controle de acesso;

II – autenticação dos usuários;

III – proteção contra acessos não autorizados;

IV – monitoramento dos sistemas;

V – realização de cópias de segurança;

VI – gestão de vulnerabilidades.

Art. 98. Os usuários são responsáveis pela utilização adequada das credenciais de acesso e pela preservação da confidencialidade das informações.

CAPÍTULO IV

DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E DOS SISTEMAS ASSISTENCIAIS

Art. 99. A Instituição poderá utilizar prontuário eletrônico e demais sistemas informatizados de gestão assistencial, observadas as normas legais e regulamentares.

Art. 100. O acesso ao prontuário será restrito aos profissionais autorizados, conforme suas atribuições.

Art. 101. Os registros eletrônicos deverão garantir autenticidade, integridade, disponibilidade e rastreabilidade das informações.

CAPÍTULO V

DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Art. 102. O tratamento de dados pessoais observará a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e as normas institucionais de privacidade.

Art. 103. A Instituição manterá estrutura responsável pela governança da proteção de dados, incluindo o Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais, quando exigido pela legislação.

Art. 104. O tratamento de dados deverá observar os princípios da finalidade, adequação, necessidade, segurança, transparência e responsabilização.

CAPÍTULO VI

DA GESTÃO DOCUMENTAL

Art. 105. A gestão documental compreenderá a produção, classificação, tramitação, arquivamento, preservação e destinação dos documentos institucionais.

Art. 106. Os documentos deverão ser classificados conforme plano de classificação institucional e tabela de temporalidade.

Art. 107. A eliminação documental dependerá de observância dos prazos legais e de autorização da autoridade competente.

CAPÍTULO VII

DO ARQUIVO INSTITUCIONAL

Art. 108. O Arquivo Institucional é responsável pela guarda, preservação, organização e recuperação dos documentos físicos e digitais.

Art. 109. O acesso aos documentos observará os critérios de sigilo, confidencialidade e disponibilidade previstos na legislação e nas normas internas.

Art. 110. O Arquivo manterá mecanismos que assegurem a integridade e a preservação do acervo institucional.

CAPÍTULO VIII

DA DIGITALIZAÇÃO E PRESERVAÇÃO DIGITAL

Art. 111. A digitalização de documentos observará requisitos legais de autenticidade, integridade e qualidade da imagem.

Art. 112. Os documentos uma vez digitalizados seja a pedido do paciente ou solicitação jurídica, deverão ser armazenados em ambiente seguro, com mecanismos de preservação e recuperação.

Art. 113. Os procedimentos de digitalização serão disciplinados em norma específica.

CAPÍTULO IX

DA CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS DE TECNOLOGIA

Art. 114. A Instituição manterá Plano de Continuidade dos Serviços de Tecnologia da Informação para assegurar a operação dos sistemas críticos.

Art. 115. O Plano contemplará, no mínimo:

I – gestão de incidentes;

II – recuperação de sistemas;

III – rotinas de backup;

IV – contingência operacional;

V – testes periódicos.

Art. 116. Incidentes relevantes deverão ser registrados, analisados e tratados conforme procedimento institucional.

CAPÍTULO X

DO MONITORAMENTO E DA CONFORMIDADE

Art. 117. Os processos de Tecnologia da Informação e Gestão Documental serão monitorados por indicadores, auditorias e avaliações periódicas.

Art. 118. Serão acompanhados, entre outros:

I – disponibilidade dos sistemas;

II – incidentes de segurança;

III – conformidade com a LGPD;

IV – tempo de recuperação dos serviços;

V – integridade dos backups;

VI – regularidade da gestão documental.

Art. 119. As inconformidades identificadas deverão ser objeto de plano de ação e monitoramento.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 120. As políticas, normas e procedimentos de Tecnologia da Informação, Segurança da Informação, Proteção de Dados e Gestão Documental complementarão este Título.

Art. 121. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica da unidade responsável pela Tecnologia da Informação, do Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais e da Assessoria Jurídica, quando cabível.

TÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS DA GESTÃO ADMINISTRATIVA, FINANCEIRA E PATRIMONIAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 122. As atividades administrativas, financeiras, patrimoniais e de apoio observarão as diretrizes estabelecidas neste Volume, no Volume I deste Regimento, no Estatuto Social e na legislação aplicável.

Art. 123. As unidades administrativas atuarão de forma integrada, assegurando eficiência operacional, sustentabilidade institucional, controle interno e suporte às atividades assistenciais.

Art. 124. As decisões administrativas deverão considerar critérios técnicos, legais, orçamentários e de gestão de riscos.

CAPÍTULO II

DA INTEGRAÇÃO COM OS DEMAIS VOLUMES

Art. 125. Este Volume complementa as disposições do Volume I e dará suporte administrativo aos processos assistenciais disciplinados no Volume II e aos demais Volumes do Regimento Geral.

Art. 126. As normas específicas das áreas administrativas deverão observar obrigatoriamente as disposições deste Volume.

Art. 127. Havendo conflito entre regulamentos setoriais e este Regimento, prevalecerão as disposições do Regimento Geral.

CAPÍTULO III

DA ATUALIZAÇÃO DOS REGULAMENTOS

Art. 128. Os regulamentos administrativos, financeiros e patrimoniais serão revisados, no mínimo, a cada 24 (vinte e quatro) meses ou sempre que ocorrer alteração legal, tecnológica, organizacional ou de governança.

Art. 129. As propostas de revisão deverão conter justificativa técnica, análise de impacto e manifestação das áreas envolvidas.

Art. 130. A aprovação das alterações observará os níveis de competência definidos no Volume I.

CAPÍTULO IV

DO CONTROLE DOCUMENTAL

Art. 131. Todos os documentos administrativos deverão integrar o Sistema Institucional de Gestão Documental.

Art. 132. Os documentos normativos deverão possuir controle de versão, histórico de alterações, responsável pela atualização e data de revisão.

Art. 133. A documentação deverá permanecer acessível aos usuários autorizados pelos meios institucionais.

CAPÍTULO V

DO MONITORAMENTO E DA MELHORIA CONTÍNUA

Art. 134. A Administração Hospitalar promoverá monitoramento permanente dos processos administrativos por meio de indicadores, auditorias, inspeções e análises críticas.

Art. 135. Os resultados obtidos subsidiarão planos de melhoria, revisão de processos e atualização das políticas institucionais.

Art. 136. As ações corretivas e preventivas deverão ser registradas e acompanhadas até sua conclusão.

CAPÍTULO VI

DAS AUDITORIAS E DA CONFORMIDADE

Art. 137. Os processos administrativos, financeiros e patrimoniais poderão ser submetidos a auditorias internas e externas.

Art. 138. As recomendações decorrentes das auditorias deverão ser analisadas pelas unidades responsáveis e incorporadas aos respectivos planos de ação.

Art. 139. O acompanhamento das recomendações competirá à Administração Hospitalar.

CAPÍTULO VII

DA CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES

Art. 140. Os profissionais das áreas administrativas participarão dos programas de capacitação e educação permanente relacionados às suas atribuições.

Art. 141. As ações de capacitação contemplarão, entre outros temas:

I – gestão administrativa;

II – gestão financeira;

III – gestão patrimonial;

IV – gestão documental;

V – proteção de dados;

VI – integridade e compliance;

VII – gestão de riscos.

CAPÍTULO VIII

DOS ANEXOS INSTITUCIONAIS

Art. 142. Integram este Volume, como anexos institucionais:

I – Organograma Administrativo;

II – Fluxo de Processos Administrativos;

III – Fluxo Financeiro Institucional;

IV – Matriz de Responsabilidades Administrativas;

V – Matriz de Alçadas Administrativas e Financeiras;

VI – Relação dos Regulamentos Administrativos Vigentes.

CAPÍTULO IX

DAS NORMAS COMPLEMENTARES

Art. 143. As unidades administrativas poderão editar procedimentos operacionais, instruções de trabalho e manuais técnicos, desde que compatíveis com este Regimento.

Art. 144. As normas complementares não poderão alterar competências, atribuições ou responsabilidades estabelecidas neste Regimento.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 145. Os regulamentos administrativos vigentes permanecerão em vigor até sua revisão ou substituição.

Art. 146. A Administração Hospitalar estabelecerá cronograma para adequação dos documentos institucionais às disposições deste Volume.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 147. Este Volume estabelece as normas gerais de gestão administrativa, financeira e patrimonial da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho e deverá ser observado por todas as unidades organizacionais.

Art. 148. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar e das áreas competentes, observado o Estatuto Social e os demais Volumes deste Regimento.

ANEXOS INSTITUCIONAIS ESSENCIAIS

Integram o Volume III:

Anexo I – Organograma Administrativo;

Anexo II – Fluxograma dos Processos Administrativos;

Anexo III – Fluxo Orçamentário e Financeiro;

Anexo IV – Matriz de Alçadas Administrativas e Financeiras;

Anexo V – Matriz de Responsabilidades Administrativas;

Anexo VI – Relação dos Regulamentos Administrativos Vigentes;

Anexo VII – Glossário de Termos Administrativos.

VOLUME IV

REGULAMENTOS OPERACIONAIS DOS SERVIÇOS

TÍTULO I

DOS REGULAMENTOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este Título estabelece as normas gerais de funcionamento dos serviços assistenciais da Santa Casa, complementando as disposições dos Volumes I, II e III deste Regimento.

Art. 2º Os regulamentos operacionais têm por finalidade padronizar processos, definir responsabilidades, assegurar a qualidade da assistência e promover a segurança do paciente.

Art. 3º Todos os serviços deverão manter regulamentos, procedimentos operacionais padrão (POPs), protocolos assistenciais e fluxos atualizados.

Art. 4º Os responsáveis técnicos responderão pela atualização e cumprimento dos regulamentos de suas respectivas áreas.

CAPÍTULO II

DO PRONTO ATENDIMENTO

Seção I

Da Finalidade

Art. 5º O Pronto Atendimento destina-se ao acolhimento, classificação de risco, atendimento, estabilização e encaminhamento dos pacientes em situação de urgência, emergência e demais demandas compatíveis com sua capacidade operacional.

Seção II

Das Competências

Art. 6º Compete ao Pronto Atendimento:

I – realizar acolhimento e classificação de risco;

II – prestar atendimento médico e de enfermagem;

III – estabilizar pacientes críticos;

IV – solicitar exames e procedimentos;

V – encaminhar pacientes para internação, transferência ou alta.

Seção III

Da Organização

Art. 7º O funcionamento observará escala permanente de profissionais habilitados, recursos materiais compatíveis e protocolos institucionais.

Art. 8º O atendimento obedecerá critérios clínicos definidos na classificação de risco, vedada qualquer priorização não fundamentada em critérios assistenciais.

Seção IV

Dos Registros

Art. 9º Todos os atendimentos deverão ser registrados no prontuário do paciente, contendo identificação do profissional, condutas adotadas e desfecho assistencial.

CAPÍTULO III

DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Seção I

Da Finalidade

Art. 10. A Internação Hospitalar destina-se ao tratamento dos pacientes cuja condição clínica exija permanência hospitalar.

Seção II

Da Admissão

Art. 11. A internação dependerá de indicação médica, disponibilidade de leito e observância dos critérios institucionais.

Art. 12. No ato da admissão deverão ser realizados os registros administrativos e assistenciais obrigatórios.

Seção III

Da Assistência

Art. 13. O paciente internado receberá assistência multiprofissional compatível com sua condição clínica.

Art. 14. As equipes deverão realizar registros assistenciais contínuos e promover comunicação efetiva durante as transições do cuidado.

Seção IV

Da Alta, Transferência e Óbito

Art. 15. A alta hospitalar será formalizada mediante avaliação médica e registro no prontuário.

Art. 16. As transferências internas e externas observarão protocolos institucionais de continuidade do cuidado.

Art. 17. Os procedimentos relacionados ao óbito seguirão a legislação vigente e as normas institucionais.

CAPÍTULO IV

DO CENTRO CIRÚRGICO

Seção I

Da Finalidade

Art. 18. O Centro Cirúrgico destina-se à realização de procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência, assegurando condições técnicas e assistenciais adequadas.

Seção II

Da Programação Cirúrgica

Art. 19. A programação cirúrgica será organizada conforme critérios assistenciais, disponibilidade operacional e prioridades clínicas.

Art. 20. Alterações na programação deverão ser justificadas e registradas.

Seção III

Da Segurança Cirúrgica

Art. 21. Todos os procedimentos observarão o Protocolo Institucional de Cirurgia Segura.

Art. 22. Constituem medidas obrigatórias:

I – identificação correta do paciente;

II – confirmação do procedimento;

III – verificação do sítio cirúrgico, quando aplicável;

IV – conferência de materiais e instrumentais;

V – registro das etapas de segurança.

Seção IV

Da Organização Operacional

Art. 23. O acesso às salas cirúrgicas será restrito aos profissionais autorizados.

Art. 24. A circulação de pessoas e materiais observará normas de biossegurança, controle de infecção e segurança assistencial.

Art. 25. Equipamentos e materiais deverão ser inspecionados antes de cada procedimento.

Seção V

Dos Registros

Art. 26. Os atos cirúrgicos deverão ser registrados integralmente no prontuário e nos sistemas institucionais.

Art. 27. Eventos adversos, intercorrências e não conformidades deverão ser comunicados conforme os fluxos institucionais.

CAPÍTULO V

DAS NORMAS COMUNS AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Art. 28. Todos os serviços assistenciais deverão:

I – cumprir este Regimento;

II – observar protocolos institucionais;

III – manter indicadores assistenciais;

IV – participar das auditorias internas;

V – colaborar com o Núcleo de Segurança do Paciente;

VI – promover educação permanente.

Art. 29. Cada serviço manterá regulamento operacional próprio, compatível com este Volume.

CAPÍTULO VI

DO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – CME

Seção I

Da Finalidade

Art. 30. O Centro de Material e Esterilização – CME é responsável pelo recebimento, limpeza, preparo, desinfecção, esterilização, armazenamento e distribuição dos produtos para saúde utilizados na assistência.

Seção II

Das Competências

Art. 31. Compete ao CME:

I – processar materiais conforme normas sanitárias;

II – garantir a rastreabilidade dos ciclos de esterilização;

III – controlar a qualidade dos processos;

IV – manter registros obrigatórios;

V – disponibilizar materiais esterilizados às unidades assistenciais.

Seção III

Do Funcionamento

Art. 32. O processamento dos materiais observará procedimentos padronizados, controles físicos, químicos e biológicos e critérios de biossegurança.

Art. 33. Materiais não conformes serão segregados, identificados e submetidos ao tratamento previsto em procedimento específico.

CAPÍTULO VII

DA FARMÁCIA HOSPITALAR

Seção I

Da Finalidade

Art. 34. A Farmácia Hospitalar é responsável pela gestão técnica dos medicamentos, produtos para saúde e demais insumos farmacêuticos.

Seção II

Das Competências

Art. 35. Compete à Farmácia Hospitalar:

I – receber, armazenar e dispensar medicamentos;

II – controlar estoques e validade;

III – promover o uso seguro de medicamentos;

IV – acompanhar medicamentos sujeitos a controle especial;

V – participar das ações de farmacovigilância.

Seção III

Da Segurança Medicamentosa

Art. 36. A dispensação observará critérios de rastreabilidade, identificação do paciente e prescrição válida.

Art. 37. Medicamentos de alta vigilância serão submetidos a controles específicos definidos em protocolo institucional.

CAPÍTULO VIII

DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Seção I

Da Finalidade

Art. 38. O Serviço de Nutrição e Dietética é responsável pela assistência nutricional e pela produção de refeições em condições higiênico-sanitárias adequadas.

Seção II

Das Competências

Art. 39. Compete ao Serviço:

I – realizar avaliação nutricional;

II – elaborar planos alimentares conforme prescrição;

III – supervisionar a produção e distribuição das refeições;

IV – controlar a qualidade sanitária dos alimentos;

V – orientar pacientes e acompanhantes quanto à terapia nutricional.

Seção III

Do Controle Operacional

Art. 40. Os processos de produção de alimentos observarão boas práticas de manipulação, controle de temperatura, rastreabilidade e segurança alimentar.

CAPÍTULO IX

DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Seção I

Da Finalidade

Art. 41. O Serviço de Fisioterapia prestará assistência preventiva, terapêutica e de reabilitação aos pacientes.

Seção II

Das Competências

Art. 42. Compete ao Serviço:

I – realizar avaliação fisioterapêutica;

II – elaborar plano terapêutico;

III – executar procedimentos autorizados;

IV – registrar a evolução do paciente;

V – participar das discussões multiprofissionais.

Seção III

Do Funcionamento

Art. 43. O atendimento observará protocolos assistenciais, critérios clínicos e programação definida pela equipe responsável.

CAPÍTULO X

DO SERVIÇO SOCIAL E DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

Seção I

Do Serviço Social

Art. 44. O Serviço Social atuará na garantia de direitos, orientação aos usuários e articulação com a rede de atenção à saúde e assistência social.

Art. 45. Compete ao Serviço Social:

I – realizar avaliação social;

II – orientar pacientes e familiares;

III – participar do planejamento da alta;

IV – articular recursos externos;

V – registrar os atendimentos realizados.

Seção II

Do Serviço de Psicologia

Art. 46. O Serviço de Psicologia prestará assistência psicológica aos pacientes, familiares e equipes, conforme critérios técnicos e disponibilidade institucional.

Art. 47. Compete ao Serviço de Psicologia:

I – realizar avaliação psicológica;

II – prestar acompanhamento psicológico;

III – participar da assistência multiprofissional;

IV – apoiar ações de humanização;

V – manter registros técnicos.

CAPÍTULO XI

DOS DEMAIS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Art. 48. Os demais serviços assistenciais, tais como Laboratório de Análises Clínicas, Diagnóstico por Imagem, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Odontologia Hospitalar e outros regularmente instituídos, observarão regulamentos operacionais próprios, compatíveis com este Regimento.

Art. 49. Todos os serviços deverão manter:

I – regulamento operacional atualizado;

II – procedimentos operacionais padrão;

III – protocolos assistenciais aplicáveis;

IV – indicadores de desempenho;

V – plano de capacitação das equipes;

VI – plano de contingência operacional.

Art. 50. Os responsáveis técnicos responderão pela conformidade técnica, operacional e documental de seus respectivos serviços.

Art. 51. Os regulamentos específicos deverão ser revisados periodicamente, sempre que houver alteração legal, normativa, tecnológica ou organizacional.

VOLUME IV

TÍTULO II

DOS REGULAMENTOS OPERACIONAIS DE APOIO E INFRAESTRUTURA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 52. Os Serviços de Apoio e Infraestrutura compreendem as atividades necessárias ao funcionamento seguro, contínuo e eficiente da Santa Casa, prestando suporte às áreas assistenciais e administrativas.

Art. 53. Os serviços observarão as normas legais, sanitárias, ambientais, trabalhistas e de segurança aplicáveis, bem como as diretrizes estabelecidas neste Regimento.

Art. 54. Cada serviço manterá regulamento operacional, procedimentos operacionais padrão, indicadores e plano de contingência.

CAPÍTULO II

DO SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

Seção I

Da Finalidade

Art. 55. O Serviço de Higienização e Limpeza é responsável pela limpeza, desinfecção e conservação dos ambientes institucionais.

Seção II

Das Competências

Art. 56. Compete ao Serviço:

I – executar os procedimentos de limpeza concorrente e terminal;

II – aplicar protocolos de desinfecção;

III – controlar materiais e produtos de limpeza;

IV – apoiar as ações de prevenção de infecções;

V – manter registros operacionais.

Art. 57. Os procedimentos observarão classificação das áreas, níveis de risco e normas de biossegurança.

CAPÍTULO III

DA LAVANDERIA HOSPITALAR

Seção I

Da Finalidade

Art. 58. A Lavanderia Hospitalar é responsável pelo processamento das roupas hospitalares, assegurando condições adequadas de higiene e conservação.

Seção II

Das Competências

Art. 59. Compete ao Serviço:

I – receber, classificar e processar as roupas;

II – controlar o fluxo de roupa limpa e contaminada;

III – monitorar a qualidade do processamento;

IV – manter rastreabilidade e registros operacionais.

Art. 60. O processamento observará normas de biossegurança e prevenção da contaminação cruzada.

CAPÍTULO IV

DA HOTELARIA HOSPITALAR

Seção I

Da Finalidade

Art. 61. A Hotelaria Hospitalar é responsável pelo suporte operacional relacionado ao conforto, acolhimento e organização dos ambientes assistenciais.

Seção II

Das Competências

Art. 62. Compete ao Serviço:

I – coordenar serviços de apoio à internação;

II – acompanhar condições de acomodação dos pacientes;

III – apoiar a gestão de leitos;

IV – supervisionar serviços terceirizados relacionados à hotelaria.

CAPÍTULO V

DA MANUTENÇÃO PREDIAL E ENGENHARIA CLÍNICA

Seção I

Da Manutenção Predial

Art. 63. A Manutenção Predial é responsável pela conservação das instalações físicas da Instituição.

Art. 64. Compete ao Serviço:

I – executar manutenções preventivas e corretivas;

II – controlar ordens de serviço;

III – acompanhar contratos de manutenção;

IV – preservar as condições de funcionamento das instalações.

Seção II

Da Engenharia Clínica

Art. 65. A Engenharia Clínica é responsável pela gestão do parque tecnológico assistencial.

Art. 66. Compete ao Serviço:

I – cadastrar equipamentos médico-hospitalares;

II – programar manutenções preventivas;

III – acompanhar manutenções corretivas;

IV – controlar calibrações e qualificações;

V – avaliar tecnicamente novas tecnologias.

CAPÍTULO VI

Art. 67. O transporte de pacientes será realizado pelo Município de Pedregulho.

Art. 68. A Santa Casa disponibilizará os motoristas para a execução do transporte de pacientes, conforme pactuação entre as partes.

CAPÍTULO VII

DA RECEPÇÃO E DO SAME

Seção I

Da Recepção

Art. 69. A Recepção é responsável pelo atendimento inicial dos usuários, cadastramento, agendamentos, arquivamentos e orientação e encaminhamento aos serviços competentes.

Art. 70. Os procedimentos de atendimento observarão critérios de identificação segura, confidencialidade e acolhimento.

Seção II

Do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME

Art. 71. O SAME é responsável pela gestão dos prontuários, informações assistenciais e estatísticas hospitalares.

Art. 72. Compete ao SAME:

I – controlar o arquivo dos prontuários;

II – disponibilizar documentos aos usuários autorizados;

III – produzir informações estatísticas;

IV – observar as normas de sigilo e proteção de dados.

CAPÍTULO VIII

DA SEGURANÇA PATRIMONIAL E DA PORTARIA

Seção I

Da Segurança Patrimonial

Art. 73. A Segurança Patrimonial é responsável pela proteção das pessoas, do patrimônio e das instalações da Instituição.

Art. 74. Compete ao Serviço:

I – controlar áreas de acesso restrito;

II – apoiar situações de emergência;

III – registrar ocorrências;

IV – atuar preventivamente na proteção patrimonial.

Seção II

Da Portaria

Art. 75. A Portaria realizará o controle de acesso de pessoas, veículos, materiais e prestadores de serviços.

Art. 76. O ingresso em áreas restritas dependerá de autorização conforme normas institucionais.

CAPÍTULO IX

DOS DEMAIS SERVIÇOS DE APOIO

Art. 77. Os demais serviços de apoio e infraestrutura observarão regulamentos próprios compatíveis com este Regimento.

Art. 78. Incluem-se, entre outros:

I – Central de Resíduos;

II – Jardinagem;

III – Telefonia e Internet

IV – Almoxarifado de Apoio;

V – Serviços Gerais;

VI – outros serviços instituídos pela Diretoria.

CAPÍTULO X

DO MONITORAMENTO OPERACIONAL

Art. 79. Os serviços de apoio manterão indicadores operacionais destinados ao acompanhamento do desempenho, qualidade e continuidade dos processos.

Art. 80. Auditorias, inspeções e avaliações periódicas subsidiarão ações corretivas e de melhoria contínua.

Art. 81. As ocorrências operacionais relevantes deverão ser registradas e comunicadas à Administração Hospitalar.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 82. Os regulamentos operacionais específicos complementarão as disposições deste Título.

Art. 83. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica das unidades competentes e, quando necessário, da Assessoria Jurídica.

VOLUME IV

TÍTULO III

DAS NORMAS OPERACIONAIS COMUNS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 84. Este Título estabelece as normas operacionais aplicáveis a todos os serviços assistenciais, administrativos e de apoio da Santa Casa, complementando as disposições dos Volumes I, II e III deste Regimento.

Art. 85. Todos os processos operacionais deverão observar os princípios da segurança, eficiência, continuidade, rastreabilidade, conformidade e melhoria contínua.

Art. 86. Os gestores dos serviços são responsáveis pela implementação, monitoramento e atualização das rotinas operacionais de suas respectivas unidades.

CAPÍTULO II

DAS ROTINAS OPERACIONAIS

Art. 87. Cada unidade manterá rotinas operacionais formalizadas, compatíveis com suas atividades e aprovadas pela Administração Hospitalar.

Art. 88. As rotinas deverão contemplar, no mínimo:

I – finalidade;

II – responsáveis;

III – descrição das atividades;

IV – controles aplicáveis;

V – registros obrigatórios;

VI – riscos associados;

VII – indicadores de desempenho.

Art. 89. As rotinas operacionais integrarão o Sistema Institucional de Gestão da Qualidade.

CAPÍTULO III

DA GESTÃO DE OCORRÊNCIAS OPERACIONAIS

Art. 90. Toda ocorrência operacional relevante deverá ser registrada, classificada e tratada conforme procedimento institucional.

Art. 91. Consideram-se ocorrências operacionais, entre outras:

I – falhas de processo;

II – indisponibilidade de equipamentos;

III – interrupções de serviços;

IV – incidentes de infraestrutura;

V – desvios operacionais;

VI – eventos que possam comprometer a assistência ou a continuidade das atividades.

Art. 92. As ocorrências deverão originar análise de causa e plano de ação, quando aplicável.

CAPÍTULO IV

DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS

Art. 93. A comunicação entre os serviços deverá ocorrer por meios institucionais, assegurando clareza, tempestividade e rastreabilidade.

Art. 94. As informações críticas relacionadas à assistência, infraestrutura ou segurança deverão ser imediatamente comunicadas às áreas envolvidas e à Administração Hospitalar.

Art. 95. As passagens de plantão, transferências de responsabilidade e comunicações operacionais observarão procedimentos padronizados.

CAPÍTULO V

DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA

Art. 96. A Instituição manterá planos de contingência para garantir a continuidade das atividades diante de situações que comprometam o funcionamento normal dos serviços.

Art. 97. Os planos contemplarão, conforme aplicável:

I – interrupção do fornecimento de energia;

II – desabastecimento de água;

III – indisponibilidade de sistemas informatizados;

IV – falhas de equipamentos críticos;

V – indisponibilidade de insumos essenciais;

VI – situações epidemiológicas;

VII – emergências estruturais;

VIII – demais eventos de impacto operacional.

Art. 98. Os planos serão periodicamente testados, revisados e atualizados.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Art. 99. Situações de emergência serão conduzidas conforme o Plano Institucional de Resposta a Emergências.

Art. 100. As unidades deverão assegurar resposta coordenada, preservação da assistência e proteção das pessoas, do patrimônio e das informações.

Art. 101. Após cada situação de emergência será realizada avaliação crítica para identificação de oportunidades de melhoria.

CAPÍTULO VII

DOS INDICADORES OPERACIONAIS

Art. 102. Cada serviço manterá indicadores operacionais compatíveis com suas atividades.

Art. 103. Os indicadores subsidiarão:

I – avaliação de desempenho;

II – gestão de riscos;

III – planejamento operacional;

IV – auditorias;

V – melhoria contínua.

Art. 104. Os resultados serão apresentados periodicamente à Administração Hospitalar.

CAPÍTULO VIII

DAS AUDITORIAS OPERACIONAIS

Art. 105. Os processos operacionais estarão sujeitos a auditorias internas e externas.

Art. 106. As auditorias verificarão a conformidade com este Regimento, regulamentos específicos, legislação vigente e políticas institucionais.

Art. 107. As recomendações deverão ser incorporadas aos planos de ação das unidades responsáveis.

CAPÍTULO IX

DA REVISÃO DOS REGULAMENTOS

Art. 108. Os regulamentos operacionais serão revisados, no mínimo, a cada 24 (vinte e quatro) meses ou sempre que houver alteração legal, normativa, tecnológica ou organizacional relevante.

Art. 109. As propostas de revisão deverão conter justificativa técnica, análise de impacto e manifestação das áreas envolvidas.

Art. 110. A aprovação observará as competências estabelecidas no Volume I deste Regimento.

CAPÍTULO X

DOS ANEXOS INSTITUCIONAIS

Art. 111. Integram este Volume, como anexos institucionais:

I – Fluxograma Geral dos Serviços Operacionais;

II – Matriz de Responsabilidades Operacionais;

III – Plano Institucional de Contingência;

IV – Plano de Resposta a Emergências;

V – Relação dos Regulamentos Operacionais Vigentes;

VI – Modelo Institucional de Procedimento Operacional Padrão – POP;

VII – Modelo Institucional de Instrução de Trabalho;

VIII – Glossário Operacional.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 112. Os regulamentos operacionais específicos complementarão este Volume, desde que compatíveis com o Estatuto Social e com o Regimento Geral.

Art. 113. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica das unidades competentes e, quando necessário, da Assessoria Jurídica.

Art. 114. Este Volume estabelece as normas gerais de organização operacional da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho e deverá ser observado por todas as unidades e serviços da Instituição.

ANEXOS INSTITUCIONAIS ESSENCIAIS

Integram o Volume IV:

Anexo I – Organograma Operacional dos Serviços;

Anexo II – Fluxograma Geral dos Processos Operacionais;

Anexo III – Matriz de Responsabilidades Operacionais;

Anexo IV – Plano Institucional de Contingência;

Anexo V – Plano Institucional de Resposta a Emergências;

Anexo VI – Relação dos Regulamentos Operacionais Vigentes;

Anexo VII – Modelo Institucional de POP;

Anexo VIII – Glossário Operacional.

VOLUME V

MANUAIS INSTITUCIONAIS

TÍTULO I

DO MANUAL INSTITUCIONAL DE GOVERNANÇA E GESTÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este Manual estabelece os padrões institucionais de governança e gestão da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, complementando as disposições dos Volumes I, II, III e IV deste Regimento.

Art. 2º O Manual tem por finalidade uniformizar a atuação dos gestores, fortalecer a governança institucional e assegurar a integração entre as áreas assistenciais, administrativas e de apoio.

Art. 3º As diretrizes deste Manual são de observância obrigatória por todos os ocupantes de cargos de direção, coordenação, supervisão e gestão.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS DE GOVERNANÇA

Art. 4º A gestão institucional observará os princípios da legalidade, ética, transparência, responsabilidade, equidade, eficiência, integridade, sustentabilidade e prestação de contas.

Art. 5º A atuação dos gestores deverá promover a geração de valor institucional, a segurança dos processos e a melhoria contínua dos serviços.

Art. 6º A governança será exercida de forma integrada entre Diretoria, Administração Hospitalar e lideranças institucionais.

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES DOS GESTORES

Art. 7º Compete aos gestores:

I – cumprir e fazer cumprir este Regimento;

II – planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades da unidade sob sua responsabilidade;

III – administrar recursos humanos, materiais e financeiros conforme sua competência;

IV – acompanhar indicadores de desempenho;

V – gerenciar riscos e controles internos;

VI – promover ambiente de trabalho ético, seguro e colaborativo.

Art. 8º O gestor responderá pelos resultados da unidade sob sua responsabilidade, sem prejuízo das competências das instâncias superiores.

CAPÍTULO IV

DOS PADRÕES DE LIDERANÇA

Art. 9º A liderança institucional será exercida com foco em resultados, desenvolvimento de pessoas, inovação, cooperação e responsabilidade institucional.

Art. 10. Constituem deveres da liderança:

I – comunicar objetivos e metas;

II – apoiar o desenvolvimento das equipes;

III – incentivar a melhoria contínua;

IV – promover ambiente de respeito e integração;

V – tomar decisões fundamentadas em critérios técnicos.

CAPÍTULO V

DA TOMADA DE DECISÃO

Art. 11. As decisões gerenciais observarão critérios técnicos, legais, financeiros, assistenciais e de gestão de riscos.

Art. 12. As decisões estratégicas deverão ser formalizadas pelos instrumentos institucionais competentes.

Art. 13. Sempre que possível, as decisões serão fundamentadas em indicadores, evidências e pareceres técnicos.

CAPÍTULO VI

DA GESTÃO POR PROCESSOS

Art. 14. A Instituição adotará a gestão por processos como metodologia de organização e melhoria das atividades.

Art. 15. Cada processo deverá possuir:

I – objetivo;

II – responsável;

III – entradas e saídas;

IV – fluxograma;

V – indicadores;

VI – riscos associados;

VII – controles estabelecidos.

Art. 16. Os processos serão periodicamente revisados visando à simplificação e ao aumento da eficiência.

CAPÍTULO VII

DA GESTÃO POR INDICADORES

Art. 17. As unidades organizacionais manterão indicadores compatíveis com seus objetivos e responsabilidades.

Art. 18. Os indicadores deverão subsidiar:

I – planejamento;

II – monitoramento de desempenho;

III – tomada de decisão;

IV – avaliação de resultados;

V – melhoria contínua.

Art. 19. Os resultados serão analisados periodicamente pelas lideranças e apresentados à Administração Hospitalar.

CAPÍTULO VIII

DA GESTÃO DE RISCOS E CONTROLES INTERNOS

Art. 20. Os gestores deverão identificar, avaliar, tratar e monitorar os riscos relacionados aos processos sob sua responsabilidade.

Art. 21. Os controles internos deverão ser proporcionais aos riscos identificados e periodicamente avaliados quanto à sua efetividade.

Art. 22. As não conformidades deverão ser registradas e tratadas mediante plano de ação.

CAPÍTULO IX

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Art. 23. Os gestores prestarão contas dos resultados alcançados, da utilização dos recursos e da execução das metas institucionais.

Art. 24. Os relatórios gerenciais observarão os padrões definidos pela Administração Hospitalar.

Art. 25. As informações prestadas deverão ser completas, confiáveis e tempestivas.

CAPÍTULO X

DA INTEGRAÇÃO COM O REGIMENTO GERAL

Art. 26. Este Manual complementa o Regimento Geral, não podendo alterar competências, atribuições ou responsabilidades estabelecidas nos Volumes I a IV.

Art. 27. Os manuais específicos de cada área deverão observar as diretrizes estabelecidas neste Título.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28. Este Manual será revisado periodicamente ou sempre que houver alteração relevante na estrutura organizacional, na legislação ou no modelo de governança da Instituição.

Art. 29. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar.

VOLUME V

TÍTULO II

DO MANUAL INSTITUCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS E DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 30. Este Manual estabelece as diretrizes para a gestão de pessoas e o desenvolvimento organizacional da Santa Casa, observadas as disposições do Estatuto Social e dos Volumes I a IV deste Regimento.

Art. 31. A gestão de pessoas será orientada pelos princípios da legalidade, ética, valorização das pessoas, equidade, desenvolvimento contínuo, segurança, respeito e responsabilidade institucional.

Art. 32. As políticas e práticas de gestão de pessoas deverão contribuir para a excelência assistencial e administrativa da Instituição.

CAPÍTULO II

DO RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E ADMISSÃO

Art. 33. O recrutamento e a seleção observarão critérios técnicos, objetivos e compatíveis com as necessidades institucionais.

Art. 34. Os processos seletivos considerarão:

I – requisitos do cargo;

II – competências técnicas;

III – competências comportamentais;

IV – regularidade documental;

V – requisitos legais para o exercício da função.

Art. 35. A admissão dependerá do cumprimento das exigências legais, ocupacionais e institucionais.

CAPÍTULO III

DA INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

Art. 36. Todo colaborador participará obrigatoriamente do Programa Institucional de Integração antes do início de suas atividades.

Art. 37. O programa compreenderá, no mínimo:

I – apresentação da Instituição;

II – estrutura organizacional;

III – normas institucionais;

IV – segurança do paciente;

V – segurança do trabalho;

VI – ética e conduta profissional;

VII – proteção de dados e confidencialidade.

CAPÍTULO IV

DO DESENVOLVIMENTO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Art. 38. A Instituição manterá Programa Permanente de Desenvolvimento Profissional destinado ao aprimoramento técnico e comportamental das equipes.

Art. 39. As ações de desenvolvimento compreenderão:

I – treinamentos obrigatórios;

II – capacitações técnicas;

III – atualização normativa;

IV – desenvolvimento de competências;

V – programas de aperfeiçoamento profissional.

Art. 40. A participação nas capacitações obrigatórias integra os deveres funcionais dos colaboradores.

CAPÍTULO V

DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Art. 41. A avaliação de desempenho será realizada periodicamente com base em critérios previamente definidos.

Art. 42. A avaliação poderá considerar:

I – desempenho técnico;

II – qualidade das atividades;

III – cumprimento de metas;

IV – comportamento profissional;

V – trabalho em equipe;

VI – aderência aos valores institucionais.

Art. 43. Os resultados subsidiarão ações de desenvolvimento, reconhecimento e melhoria do desempenho.

CAPÍTULO VI

DA SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA

Art. 44. A Instituição promoverá ações voltadas à saúde ocupacional, prevenção de acidentes e promoção da qualidade de vida no trabalho.

Art. 45. Os colaboradores deverão cumprir as normas de saúde e segurança ocupacional, utilizando corretamente os equipamentos de proteção e observando os protocolos institucionais.

Art. 46. Programas de vigilância em saúde ocupacional serão desenvolvidos conforme legislação aplicável.

CAPÍTULO VII

DO CLIMA ORGANIZACIONAL E DA CONDUTA PROFISSIONAL

Art. 47. A Instituição promoverá ambiente de trabalho baseado no respeito, cooperação, ética e valorização das pessoas.

Art. 48. Serão adotados mecanismos periódicos para avaliação do clima organizacional e identificação de oportunidades de melhoria.

Art. 49. Os colaboradores deverão observar o Código de Conduta Institucional e comunicar situações incompatíveis com os princípios da Instituição pelos canais internos competentes.

CAPÍTULO VIII

DO DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS

Art. 50. A Instituição manterá Programa de Desenvolvimento de Lideranças destinado aos ocupantes de funções de gestão.

Art. 51. O programa contemplará:

I – governança institucional;

II – gestão de pessoas;

III – comunicação e liderança;

IV – gestão por indicadores;

V – gestão de riscos;

VI – tomada de decisão;

VII – desenvolvimento de equipes.

Art. 52. A participação dos gestores nos programas institucionais de liderança será obrigatória quando convocados.

CAPÍTULO IX

DO RECONHECIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Art. 53. A Instituição poderá adotar programas de reconhecimento vinculados ao desempenho, desenvolvimento de competências e contribuição institucional.

Art. 54. As oportunidades de crescimento profissional observarão critérios objetivos, disponibilidade institucional e qualificação do colaborador.

CAPÍTULO X

DOS REGISTROS E INDICADORES

Art. 55. A unidade responsável pela gestão de pessoas manterá registros atualizados relativos aos colaboradores, programas de capacitação e avaliações de desempenho.

Art. 56. Serão acompanhados indicadores relacionados, entre outros, a:

I – admissões;

II – desligamentos;

III – absenteísmo;

IV – capacitação;

V – acidentes de trabalho;

VI – clima organizacional;

VII – desempenho institucional.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 57. Os procedimentos específicos de gestão de pessoas serão disciplinados em políticas, regulamentos e instruções complementares compatíveis com este Manual.

Art. 58. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação da unidade responsável pela Gestão de Pessoas e, quando necessário, da Assessoria Jurídica.

VOLUME V

TÍTULO III

DO MANUAL INSTITUCIONAL DE INTEGRIDADE, COMPLIANCE, ÉTICA E CONDUTA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 59. Este Manual estabelece as diretrizes do Programa Institucional de Integridade, Compliance, Ética e Conduta da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, aplicando-se a administradores, gestores, colaboradores, corpo clínico, prestadores de serviços, voluntários, estagiários e terceiros que atuem em nome da Instituição.

Art. 60. O Programa tem por finalidade promover a atuação ética, prevenir irregularidades, fortalecer os controles internos e assegurar a conformidade com a legislação e as normas institucionais.

Art. 61. Todos os destinatários deste Manual deverão conhecer, cumprir e promover suas disposições.

CAPÍTULO II

DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE E COMPLIANCE

Art. 62. O Programa de Integridade compreende o conjunto de políticas, controles, procedimentos e ações destinados à prevenção, detecção, tratamento e monitoramento de riscos de integridade.

Art. 63. O Programa será estruturado com base em:

I – comprometimento da alta administração;

II – gestão de riscos de integridade;

III – controles internos;

IV – monitoramento contínuo;

V – capacitação periódica;

VI – melhoria contínua.

Art. 64. A Administração Hospitalar promoverá a integração do Programa de Integridade aos processos institucionais.

CAPÍTULO III

DO CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA

Art. 65. O Código de Ética e Conduta constitui documento complementar a este Manual e estabelece os padrões de comportamento esperados dos profissionais vinculados à Instituição.

Art. 66. São deveres de todos os profissionais:

I – atuar com honestidade, respeito e imparcialidade;

II – preservar a imagem institucional;

III – proteger informações confidenciais;

IV – cumprir a legislação e as normas internas;

V – comunicar situações de risco ou irregularidade.

Art. 67. É vedada qualquer conduta incompatível com os princípios éticos e institucionais da Santa Casa.

CAPÍTULO IV

DOS CONFLITOS DE INTERESSE

Art. 68. Os profissionais deverão atuar de forma imparcial, evitando situações que possam comprometer a independência de suas decisões.

Art. 69. Constituem potenciais conflitos de interesse, entre outros:

I – favorecimento de terceiros;

II – utilização indevida de informações institucionais;

III – obtenção de vantagens pessoais relacionadas às atividades exercidas;

IV – participação em decisões envolvendo interesse próprio ou de pessoas vinculadas.

Art. 70. Toda situação de potencial conflito deverá ser comunicada à autoridade competente para análise.

CAPÍTULO V

DA PREVENÇÃO À FRAUDE, CORRUPÇÃO E ATOS ILÍCITOS

Art. 71. A Instituição adotará medidas permanentes para prevenção, identificação e tratamento de fraudes, corrupção e demais atos ilícitos.

Art. 72. É vedado:

I – oferecer, prometer ou receber vantagem indevida;

II – praticar fraude documental ou financeira;

III – manipular informações institucionais;

IV – utilizar recursos institucionais para finalidade diversa da autorizada;

V – praticar qualquer ato contrário à legislação vigente.

Art. 73. Os indícios de irregularidade serão apurados conforme procedimentos institucionais.

CAPÍTULO VI

DO CANAL DE DENÚNCIAS

Art. 74. A Instituição manterá Canal de Denúncias destinado ao recebimento de relatos relacionados ao descumprimento deste Manual, do Código de Ética ou da legislação.

Art. 75. O Canal assegurará, sempre que possível e permitido pela legislação:

I – confidencialidade;

II – tratamento imparcial;

III – registro das manifestações;

IV – acompanhamento das apurações.

Art. 76. As denúncias poderão ser identificadas ou anônimas, observados os critérios de admissibilidade definidos pela Instituição.

CAPÍTULO VII

DAS APURAÇÕES INTERNAS

Art. 77. As denúncias admitidas serão submetidas à análise preliminar e, quando cabível, à apuração administrativa.

Art. 78. As apurações observarão os princípios da legalidade, imparcialidade, contraditório, ampla defesa e confidencialidade.

Art. 79. Concluída a apuração, serão adotadas as providências administrativas, disciplinares ou legais pertinentes.

CAPÍTULO VIII

DAS MEDIDAS DISCIPLINARES

Art. 80. O descumprimento das disposições deste Manual poderá ensejar medidas disciplinares, sem prejuízo das responsabilidades civil, penal, ética ou administrativa.

Art. 81. A aplicação das medidas observará a natureza da infração, a gravidade da conduta, os antecedentes e as circunstâncias do caso.

Art. 82. A adoção de medidas disciplinares observará os procedimentos internos e a legislação aplicável.

CAPÍTULO IX

DA PROTEÇÃO AO DENUNCIANTE E À NÃO RETALIAÇÃO

Art. 83. É vedada qualquer forma de retaliação contra pessoa que, de boa-fé, comunique irregularidades ou participe de apuração institucional.

Art. 84. A Instituição adotará medidas para preservar a confidencialidade das informações e proteger os envolvidos durante o processo de apuração.

Art. 85. A utilização do Canal de Denúncias com comprovada má-fé sujeitará o responsável às medidas cabíveis.

CAPÍTULO X

DA CULTURA DE INTEGRIDADE

Art. 86. A Instituição promoverá ações permanentes de capacitação, comunicação e conscientização voltadas ao fortalecimento da cultura ética e de integridade.

Art. 87. Os programas de treinamento contemplarão, entre outros temas:

I – ética institucional;

II – compliance;

III – prevenção à fraude e corrupção;

IV – conflitos de interesse;

V – proteção de dados;

VI – responsabilidade dos gestores.

Art. 88. As ações de integridade serão monitoradas por indicadores e revisadas periodicamente.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 89. Este Manual integra o Sistema de Governança Institucional da Santa Casa e deverá ser observado em conjunto com os demais Volumes do Regimento Geral.

Art. 90. As políticas de Integridade, Compliance, Ética, Anticorrupção, Gestão de Riscos e Controles Internos complementarão as disposições deste Título.

Art. 91. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar, da área responsável pelo Programa de Integridade e da Assessoria Jurídica, quando cabível.

TÍTULO IV

DO MANUAL INSTITUCIONAL DE COMUNICAÇÃO, OUVIDORIA, TRANSPARÊNCIA E RELACIONAMENTO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 92. Este Manual estabelece as diretrizes para a comunicação institucional, ouvidoria, transparência e relacionamento da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho com seus públicos interno e externo.

Art. 93. As ações disciplinadas neste Título observarão os princípios da transparência, ética, respeito, confidencialidade, acessibilidade, responsabilidade institucional e comunicação clara.

Art. 94. A comunicação institucional deverá preservar a imagem, os valores e a identidade da Santa Casa.

CAPÍTULO II

DA COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

Art. 95. A comunicação institucional compreenderá os fluxos de comunicação interna e externa necessários ao funcionamento da Instituição.

Art. 96. Compete à unidade responsável pela comunicação:

I – coordenar a comunicação institucional;

II – padronizar a identidade visual;

III – divulgar informações oficiais;

IV – apoiar campanhas institucionais;

V – orientar as unidades quanto aos padrões de comunicação.

Art. 97. Somente informações oficialmente autorizadas poderão ser divulgadas em nome da Instituição.

CAPÍTULO III

DA COMUNICAÇÃO INTERNA

Art. 98. A comunicação interna deverá assegurar a disseminação tempestiva das informações institucionais entre gestores, colaboradores e equipes.

Art. 99. São instrumentos oficiais de comunicação interna:

I – comunicados institucionais;

II – circulares;

III – memorandos;

IV – correio eletrônico institucional;

V – sistemas corporativos;

VI – demais meios autorizados pela Administração Hospitalar.

Art. 100. Os gestores são responsáveis por garantir que as informações institucionais sejam devidamente disseminadas às suas equipes.

CAPÍTULO IV

DA COMUNICAÇÃO EXTERNA E DA IDENTIDADE INSTITUCIONAL

Art. 101. A comunicação externa observará os padrões institucionais de identidade visual, linguagem e relacionamento com a sociedade.

Art. 102. A utilização da marca, logotipo e demais elementos de identidade institucional dependerá de autorização da Administração Hospitalar ou da unidade competente.

Art. 103. É vedada a divulgação de informações institucionais sem autorização, especialmente quando envolver dados protegidos por sigilo legal ou contratual.

CAPÍTULO V

DA OUVIDORIA E DO ATENDIMENTO AO CIDADÃO

Art. 104. A Ouvidoria constitui canal institucional destinado ao recebimento, registro, análise e encaminhamento de manifestações dos usuários, acompanhantes, colaboradores e demais interessados.

Art. 105. Constituem manifestações da Ouvidoria:

I – reclamações;

II – sugestões;

III – elogios;

IV – solicitações;

V – denúncias.

Art. 106. As manifestações deverão ser tratadas com imparcialidade, confidencialidade e dentro dos prazos estabelecidos em norma interna.

CAPÍTULO VI

DA TRANSPARÊNCIA E DO ACESSO À INFORMAÇÃO

Art. 107. A Instituição promoverá a transparência de seus atos administrativos, respeitados o sigilo profissional, a proteção de dados pessoais e as restrições legais.

Art. 108. As informações institucionais de divulgação obrigatória serão disponibilizadas pelos canais oficiais definidos pela Diretoria.

Art. 109. O fornecimento de informações observará os princípios da veracidade, integridade e responsabilidade institucional.

CAPÍTULO VII

DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

Art. 110. As informações institucionais deverão ser produzidas, armazenadas, compartilhadas e preservadas conforme as políticas de gestão documental e segurança da informação.

Art. 111. As unidades organizacionais responderão pela qualidade, atualização e confiabilidade das informações sob sua responsabilidade.

Art. 112. A divulgação de documentos institucionais observará os níveis de acesso e classificação definidos pela Instituição.

CAPÍTULO VIII

DAS MÍDIAS OFICIAIS

Art. 113. Constituem mídias oficiais da Santa Casa os canais de comunicação autorizados pela Diretoria.

Art. 114. A publicação de conteúdos institucionais dependerá de validação da unidade responsável pela comunicação.

Art. 115. É vedada a utilização das mídias oficiais para manifestações de natureza pessoal, político-partidária, comercial ou incompatível com os objetivos institucionais.

CAPÍTULO IX

DO RELACIONAMENTO INSTITUCIONAL

Art. 116. O relacionamento com órgãos públicos, instituições parceiras, entidades representativas e comunidade será pautado pela cooperação, transparência e interesse institucional.

Art. 117. As parcerias institucionais deverão observar os instrumentos jurídicos cabíveis e as competências definidas no Regimento Geral.

Art. 118. A representação institucional perante terceiros observará as competências estabelecidas no Volume I deste Regimento.

CAPÍTULO X

DO MONITORAMENTO E DA MELHORIA CONTÍNUA

Art. 119. A Instituição acompanhará indicadores relacionados à comunicação, ouvidoria e transparência para avaliação da efetividade dos processos.

Art. 120. Os resultados das manifestações da Ouvidoria e dos indicadores institucionais subsidiarão ações de melhoria contínua.

Art. 121. As ações de comunicação e relacionamento institucional serão revisadas periodicamente, visando ao aperfeiçoamento dos serviços prestados.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 122. Este Manual complementa as disposições do Regimento Geral relativas à comunicação institucional, transparência e relacionamento com os públicos de interesse.

Art. 123. As políticas de Comunicação Institucional, Ouvidoria, Transparência, Gestão da Informação e Proteção de Dados integrarão este Manual como normas complementares.

Art. 124. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar, da unidade responsável pela Comunicação Institucional e da Assessoria Jurídica, quando cabível.

TÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS DOS MANUAIS INSTITUCIONAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 125. Os Manuais Institucionais constituem instrumentos normativos complementares ao Regimento Geral, destinados a orientar a execução padronizada dos processos institucionais.

Art. 126. Os Manuais deverão observar, obrigatoriamente, o Estatuto Social, o Regimento Geral, a legislação vigente e as políticas institucionais.

Art. 127. Nenhum Manual poderá criar competências, atribuições ou responsabilidades em desacordo com este Regimento.

CAPÍTULO II

DA ELABORAÇÃO DOS MANUAIS

Art. 128. Os Manuais Institucionais serão elaborados pelas unidades competentes, com participação das áreas envolvidas.

Art. 129. Cada Manual deverá conter, no mínimo:

I – finalidade;

II – campo de aplicação;

III – fundamentos normativos;

IV – responsabilidades;

V – procedimentos;

VI – documentos relacionados;

VII – indicadores, quando aplicável;

VIII – controle documental.

Art. 130. Os conteúdos deverão utilizar linguagem técnica, objetiva e compatível com os padrões institucionais.

CAPÍTULO III

DA APROVAÇÃO E VIGÊNCIA

Art. 131. Os Manuais serão submetidos à análise técnica da Administração Hospitalar e aprovados pela Diretoria, conforme as competências estabelecidas no Volume I.

Art. 132. A vigência ocorrerá na data definida no ato de aprovação.

Art. 133. As alterações produzirão efeitos somente após sua aprovação e divulgação pelos meios institucionais.

CAPÍTULO IV

DA REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Art. 134. Os Manuais Institucionais serão revisados, no mínimo, a cada 24 (vinte e quatro) meses ou sempre que ocorrer alteração legal, regulatória, tecnológica ou organizacional.

Art. 135. As propostas de revisão deverão conter justificativa técnica, histórico das alterações e identificação da unidade responsável.

Art. 136. As versões substituídas permanecerão arquivadas conforme a Política Institucional de Gestão Documental.

CAPÍTULO V

DO CONTROLE DOCUMENTAL

Art. 137. Todo Manual Institucional deverá possuir controle documental padronizado.

Art. 138. O controle documental compreenderá, no mínimo:

I – código;

II – título;

III – versão;

IV – data de aprovação;

V – unidade responsável;

VI – histórico de revisões;

VII – próxima revisão prevista.

Art. 139. É vedada a utilização de versões não vigentes dos Manuais.

CAPÍTULO VI

DA DIVULGAÇÃO E CAPACITAÇÃO

Art. 140. Os Manuais aprovados deverão ser disponibilizados aos profissionais por meio dos canais institucionais.

Art. 141. Sempre que houver publicação ou revisão de Manual, a unidade responsável promoverá orientação ou capacitação dos profissionais envolvidos.

Art. 142. Os gestores assegurarão que suas equipes tenham conhecimento das normas aplicáveis às respectivas atividades.

CAPÍTULO VII

DO MONITORAMENTO DA CONFORMIDADE

Art. 143. O cumprimento dos Manuais Institucionais será acompanhado por meio de auditorias, inspeções, indicadores e avaliações periódicas.

Art. 144. As não conformidades identificadas deverão ser registradas e tratadas mediante plano de ação.

Art. 145. Os resultados do monitoramento subsidiarão a atualização dos Manuais e a melhoria dos processos institucionais.

CAPÍTULO VIII

DA INTEGRAÇÃO COM O REGIMENTO GERAL

Art. 146. Os Manuais Institucionais integram o Sistema Normativo da Santa Casa e deverão ser interpretados em conjunto com o Estatuto Social e os Volumes I a V do Regimento Geral.

Art. 147. Em caso de conflito entre Manual e Regimento Geral, prevalecerão as disposições do Regimento.

Art. 148. Os procedimentos operacionais e demais documentos normativos deverão observar as diretrizes estabelecidas pelos respectivos Manuais.

CAPÍTULO IX

DOS ANEXOS INSTITUCIONAIS

Art. 149. Integram este Volume, como anexos institucionais:

I – Modelo Padronizado de Manual Institucional;

II – Modelo de Controle Documental;

III – Fluxo de Aprovação de Documentos Normativos;

IV – Matriz de Responsabilidades para Elaboração e Revisão de Manuais;

V – Relação dos Manuais Institucionais Vigentes.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 150. Os Manuais vigentes permanecerão aplicáveis até sua revisão ou substituição, desde que compatíveis com este Regimento.

Art. 151. A Administração Hospitalar estabelecerá cronograma para adequação dos Manuais existentes às disposições deste Volume.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 152. Este Volume estabelece as normas gerais para elaboração, aprovação, utilização e controle dos Manuais Institucionais da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho.

Art. 153. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar e das unidades responsáveis pelos respectivos Manuais.

VOLUME VI

PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS, PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POPs), FLUXOS E ANEXOS NORMATIVOS

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DOS PROTOCOLOS E PROCEDIMENTOS INSTITUCIONAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este Título estabelece as normas para elaboração, aprovação, implantação, utilização, revisão e controle dos Protocolos Institucionais, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), Instruções de Trabalho, Fluxogramas e demais documentos operacionais da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho.

Art. 2º Os documentos normativos disciplinados neste Volume complementam o Estatuto Social e os Volumes I a V do Regimento Geral, não podendo alterar competências, atribuições ou responsabilidades neles estabelecidas.

Art. 3º Todos os documentos deverão observar os princípios da padronização, rastreabilidade, conformidade, melhoria contínua, segurança do paciente e gestão da qualidade.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 4º Os Protocolos e Procedimentos Institucionais têm por objetivos:

I – padronizar processos institucionais;

II – reduzir variabilidade operacional;

III – promover segurança assistencial;

IV – assegurar conformidade legal e regulatória;

V – fortalecer a gestão por processos;

VI – apoiar auditorias e certificações institucionais.

Art. 5º A aplicação dos documentos normativos será obrigatória para todos os profissionais envolvidos nos respectivos processos.

CAPÍTULO III

DA CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Art. 6º O Sistema Normativo Institucional compreenderá, entre outros:

I – Protocolos Institucionais;

II – Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);

III – Instruções de Trabalho (IT);

IV – Fluxogramas;

V – Formulários Padronizados;

VI – Checklists Operacionais;

VII – Planos de Contingência;

VIII – Guias Técnicos.

Art. 7º Cada documento possuirá finalidade específica, conforme sua natureza e campo de aplicação.

CAPÍTULO IV

DA ELABORAÇÃO E PADRONIZAÇÃO

Art. 8º Os documentos serão elaborados pelas unidades responsáveis pelos respectivos processos, com participação das áreas técnicas envolvidas.

Art. 9º Todo documento deverá conter, no mínimo:

I – código de identificação;

II – título;

III – objetivo;

IV – campo de aplicação;

V – responsabilidades;

VI – descrição do procedimento;

VII – documentos relacionados;

VIII – registros obrigatórios;

IX – histórico de revisões.

Art. 10. A estrutura documental seguirá padrão institucional único aprovado pela Administração Hospitalar.

CAPÍTULO V

DA APROVAÇÃO E DA VIGÊNCIA

Art. 11. Os documentos normativos serão submetidos à análise técnica e aprovados conforme as competências definidas no Volume I.

Art. 12. A vigência ocorrerá na data indicada no ato de aprovação.

Art. 13. Nenhum documento poderá ser utilizado antes de sua aprovação e divulgação oficial.

CAPÍTULO VI

DO CONTROLE DOCUMENTAL

Art. 14. Todos os documentos integrarão o Sistema Institucional de Controle Documental.

Art. 15. O controle documental compreenderá:

I – numeração padronizada;

II – versão vigente;

III – data de emissão;

IV – data da revisão;

V – unidade responsável;

VI – responsável pela aprovação;

VII – histórico de alterações.

Art. 16. É vedada a utilização de documentos obsoletos ou sem controle de versão.

CAPÍTULO VII

DA REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Art. 17. Os Protocolos, POPs, Instruções de Trabalho e Fluxogramas serão revisados, no mínimo, a cada 24 (vinte e quatro) meses ou sempre que houver alteração legal, normativa, tecnológica ou organizacional.

Art. 18. As revisões deverão ser formalmente registradas e comunicadas às unidades envolvidas.

Art. 19. As versões substituídas permanecerão arquivadas conforme a Política Institucional de Gestão Documental.

CAPÍTULO VIII

DA DIVULGAÇÃO E CAPACITAÇÃO

Art. 20. Os documentos aprovados serão disponibilizados por meio dos sistemas oficiais da Instituição.

Art. 21. Sempre que houver emissão ou revisão de documento normativo, a unidade responsável promoverá orientação ou capacitação dos profissionais envolvidos.

Art. 22. Os gestores responderão pela implementação dos documentos em suas respectivas unidades.

CAPÍTULO IX

DA INTEGRAÇÃO COM O REGIMENTO GERAL

Art. 23. Os Protocolos, POPs, Instruções de Trabalho e Fluxogramas constituem instrumentos operacionais complementares ao Regimento Geral.

Art. 24. Em caso de conflito entre documento operacional e o Regimento Geral, prevalecerão as disposições deste último.

Art. 25. Os documentos deverão manter correspondência com as políticas institucionais e os processos organizacionais vigentes.

CAPÍTULO X

DO MONITORAMENTO E DA CONFORMIDADE

Art. 26. A aplicação dos documentos será monitorada por auditorias, inspeções, indicadores e avaliações periódicas.

Art. 27. As inconformidades identificadas deverão gerar plano de ação acompanhado pela unidade responsável.

Art. 28. A efetividade dos documentos será avaliada periodicamente para fins de melhoria contínua.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 29. As normas complementares relativas ao Sistema Institucional de Documentação Operacional serão aprovadas pela Diretoria, observadas as disposições deste Regimento.

Art. 30. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica das áreas responsáveis e da Assessoria Jurídica, quando cabível.

VOLUME VI

TÍTULO II

DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS INSTITUCIONAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31. Os Protocolos Assistenciais Institucionais constituem instrumentos técnico-normativos destinados à padronização das condutas clínicas, multiprofissionais e assistenciais da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho.

Art. 32. Os protocolos deverão fundamentar-se em evidências científicas, legislação vigente, diretrizes das autoridades sanitárias, normas dos Conselhos Profissionais e políticas institucionais.

Art. 33. A observância dos Protocolos Assistenciais é obrigatória para os profissionais envolvidos, ressalvada a autonomia técnica devidamente fundamentada e registrada no prontuário quando houver necessidade de conduta diversa.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Art. 34. Todo Protocolo Assistencial deverá possuir estrutura padronizada.

Art. 35. O documento conterá, no mínimo:

I – código de identificação;

II – título;

III – finalidade;

IV – campo de aplicação;

V – fundamentação técnica;

VI – definições;

VII – responsabilidades;

VIII – descrição das condutas;

IX – fluxograma assistencial, quando aplicável;

X – indicadores de monitoramento;

XI – referências técnicas;

XII – controle documental.

CAPÍTULO III

DA ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Art. 36. Os Protocolos Assistenciais serão elaborados pelas áreas técnicas competentes, com participação das equipes multiprofissionais envolvidas.

Art. 37. Sempre que necessário, poderão ser consultadas as Comissões Institucionais e especialistas da área correspondente.

Art. 38. Os protocolos dependerão de aprovação da Administração Hospitalar e da autoridade competente definida no Volume I deste Regimento.

CAPÍTULO IV

DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS

Art. 39. Os Protocolos Clínicos disciplinarão as condutas diagnósticas, terapêuticas e de acompanhamento dos pacientes.

Art. 40. Os Protocolos Clínicos deverão contemplar, conforme aplicável:

I – critérios diagnósticos;

II – critérios de inclusão e exclusão;

III – exames complementares;

IV – tratamento clínico;

V – tratamento cirúrgico, quando pertinente;

VI – critérios de alta;

VII – critérios de transferência;

VIII – acompanhamento e seguimento.

Art. 41. A atualização dos Protocolos Clínicos observará a evolução cientifica e as recomendações das autoridades competentes.

CAPÍTULO V

DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 42. A Instituição manterá Protocolos de Segurança do Paciente alinhados às políticas institucionais e à regulamentação sanitária vigente.

Art. 43. Constituem protocolos obrigatórios, entre outros:

I – identificação segura do paciente;

II – comunicação efetiva entre profissionais;

III – segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

IV – cirurgia segura;

V – higienização das mãos;

VI – prevenção de quedas;

VII – prevenção de lesão por pressão;

VIII – prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência.

Art. 44. Os protocolos poderão ser ampliados conforme a evolução das necessidades assistenciais e das diretrizes técnicas.

CAPÍTULO VI

DOS PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS

Art. 45. Os Protocolos Multiprofissionais estabelecerão condutas integradas entre os diversos profissionais da assistência.

Art. 46. Os protocolos deverão definir:

I – atribuições de cada categoria profissional;

II – sequência das intervenções;

III – formas de comunicação entre equipes;

IV – registros obrigatórios;

V – critérios para acompanhamento dos pacientes.

Art. 47. As condutas multiprofissionais deverão assegurar continuidade do cuidado e atuação interdisciplinar.

CAPÍTULO VII

DOS PROTOCOLOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 48. A Instituição manterá protocolos específicos para atendimento das situações de urgência e emergência.

Art. 49. Os protocolos contemplarão, entre outros:

I – atendimento inicial;

II – classificação de risco;

III – suporte básico e avançado de vida;

IV – atendimento ao trauma;

V – síndrome coronariana aguda;

VI – acidente vascular cerebral;

VII – sepse;

VIII – parada cardiorrespiratória;

IX – atendimento obstétrico de urgência, quando aplicável;

X – outras situações críticas definidas pela Direção Clínica e Administração Hospitalar.

Art. 50. As equipes deverão ser periodicamente treinadas quanto aos protocolos de urgência e emergência.

CAPÍTULO VIII

DA IMPLANTAÇÃO E DA CAPACITAÇÃO

Art. 51. A implantação de novo protocolo dependerá de divulgação institucional e capacitação dos profissionais envolvidos.

Art. 52. Os gestores assegurarão a disponibilidade dos protocolos vigentes em suas respectivas unidades.

Art. 53. A participação nas capacitações obrigatórias integra as responsabilidades funcionais dos profissionais.

CAPÍTULO IX

DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO

Art. 54. A aplicação dos Protocolos Assistenciais será monitorada por meio de auditorias clínicas, indicadores, inspeções e análises críticas.

Art. 55. Serão avaliados, entre outros:

I – adesão aos protocolos;

II – qualidade dos registros;

III – resultados assistenciais;

IV – eventos adversos;

V – oportunidades de melhoria.

Art. 56. Os resultados subsidiarão ações corretivas, preventivas e de aperfeiçoamento dos processos assistenciais.

CAPÍTULO X

DA REVISÃO E DA ATUALIZAÇÃO

Art. 57. Os Protocolos Assistenciais serão revisados periodicamente ou sempre que houver alteração científica, normativa, tecnológica ou organizacional relevante.

Art. 58. Toda revisão deverá ser formalmente registrada no sistema de controle documental.

Art. 59. As versões substituídas permanecerão arquivadas conforme a Política Institucional de Gestão Documental.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 60. Os Protocolos Assistenciais integram o Sistema Institucional de Gestão da Qualidade e complementam as disposições do Regimento Geral.

Art. 61. As Comissões Institucionais, o Núcleo de Segurança do Paciente e as lideranças assistenciais atuarão de forma integrada na elaboração, implementação, monitoramento e atualização dos protocolos.

Art. 62. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica das áreas assistenciais competentes e da Assessoria Jurídica, quando cabível.

TÍTULO III

DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POPs)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 63. Os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) constituem documentos normativos destinados à padronização da execução das atividades assistenciais, administrativas, de apoio e de infraestrutura da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho.

Art. 64. Os POPs têm por finalidade assegurar uniformidade operacional, qualidade dos serviços, segurança dos pacientes, conformidade legal e eficiência institucional.

Art. 65. Os Procedimentos Operacionais Padrão complementam os Protocolos Institucionais, os Fluxogramas, as Instruções de Trabalho e os demais documentos integrantes do Sistema Normativo Institucional.

CAPÍTULO II

DA CLASSIFICAÇÃO DOS POPs

Art. 66. Os POPs serão classificados conforme sua área de aplicação.

Art. 67. Constituem categorias de POPs:

I – POPs Assistenciais;

II – POPs Administrativos;

III – POPs de Apoio e Infraestrutura;

IV – POPs de Tecnologia da Informação;

V – POPs de Biossegurança;

VI – POPs de Gestão da Qualidade;

VII – POPs de Emergência e Contingência;

VIII – demais procedimentos definidos pela Administração Hospitalar.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA PADRONIZADA

Art. 68. Todo POP deverá observar modelo institucional padronizado.

Art. 69. O documento conterá, no mínimo:

I – código de identificação;

II – título;

III – versão;

IV – objetivo;

V – campo de aplicação;

VI – definições;

VII – responsabilidades;

VIII – materiais e equipamentos necessários;

IX – descrição sequencial das atividades;

X – registros obrigatórios;

XI – indicadores relacionados, quando aplicáveis;

XII – documentos correlatos;

XIII – histórico de revisões.

Art. 70. Sempre que necessário, poderão integrar o POP anexos, checklists, formulários, fluxogramas e modelos operacionais.

CAPÍTULO IV

DA ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Art. 71. Os POPs serão elaborados pela unidade responsável pelo processo, com participação das áreas técnicas envolvidas.

Art. 72. A elaboração observará:

I – legislação vigente;

II – normas sanitárias;

III – diretrizes institucionais;

IV – protocolos assistenciais;

V – gestão de riscos;

VI – evidências técnicas aplicáveis.

Art. 73. A aprovação seguirá os níveis de competência definidos no Volume I deste Regimento.

CAPÍTULO V

DA IMPLANTAÇÃO

Art. 74. A implantação dos POPs dependerá de divulgação institucional e disponibilização da versão vigente aos profissionais envolvidos.

Art. 75. Sempre que necessário, a implantação será precedida de treinamento específico.

Art. 76. Os gestores assegurarão a aplicação dos POPs em suas respectivas unidades.

CAPÍTULO VI

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 77. Compete às unidades responsáveis:

I – elaborar e atualizar os POPs;

II – promover capacitação das equipes;

III – monitorar sua aplicação;

IV – manter registros de conformidade;

V – propor revisões quando necessárias.

Art. 78. Compete aos profissionais:

I – conhecer os POPs aplicáveis às suas atividades;

II – cumprir integralmente os procedimentos estabelecidos;

III – comunicar dificuldades de execução;

IV – propor melhorias fundamentadas.

CAPÍTULO VII

DO MONITORAMENTO E DAS AUDITORIAS

Art. 79. A aplicação dos POPs será acompanhada por indicadores, auditorias, inspeções e avaliações periódicas.

Art. 80. Serão avaliados, entre outros:

I – grau de conformidade;

II – aderência aos procedimentos;

III – qualidade dos registros;

IV – ocorrência de desvios;

V – necessidade de atualização.

Art. 81. As inconformidades identificadas deverão originar plano de ação acompanhado pela unidade responsável.

CAPÍTULO VIII

DA REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Art. 82. Os POPs serão revisados, no mínimo, a cada 24 (vinte e quatro) meses ou sempre que ocorrer:

I – alteração legal;

II – alteração normativa;

III – inovação tecnológica;

IV – mudança de processo;

V – identificação de risco relevante;

VI – determinação da Administração Hospitalar.

Art. 83. Toda revisão deverá permanecer registrada no sistema institucional de controle documental.

Art. 84. As versões substituídas permanecerão arquivadas conforme a Política Institucional de Gestão Documental.

CAPÍTULO IX

DOS MODELOS INSTITUCIONAIS

Art. 85. A Instituição manterá modelos padronizados para elaboração dos POPs.

Art. 86. Os modelos poderão contemplar:

I – estrutura documental;

II – checklist operacional;

III – formulário de registro;

IV – fluxograma do processo;

V – matriz de responsabilidades;

VI – controle de revisões.

Art. 87. É vedada a utilização de modelos não homologados pela Administração Hospitalar.

CAPÍTULO X

DA INTEGRAÇÃO COM PROTOCOLOS E FLUXOGRAMAS

Art. 88. Os POPs deverão manter correspondência com os Protocolos Institucionais, Fluxogramas, Instruções de Trabalho e demais documentos operacionais.

Art. 89. Havendo alteração de protocolo ou fluxo institucional, os POPs correlatos deverão ser revisados.

Art. 90. A documentação operacional deverá manter coerência sistêmica, evitando duplicidade, conflito ou incompatibilidade normativa.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 91. Os Procedimentos Operacionais Padrão integram o Sistema Institucional de Gestão da Qualidade e deverão ser observados por todas as unidades da Santa Casa.

Art. 92. A Administração Hospitalar promoverá o acompanhamento permanente da efetividade dos POPs, utilizando indicadores, auditorias e ações de melhoria contínua.

Art. 93. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica da unidade responsável pelo processo e da Assessoria Jurídica, quando cabível.

VOLUME VI

TÍTULO IV

DOS FLUXOGRAMAS INSTITUCIONAIS, INSTRUÇÕES DE TRABALHO, FORMULÁRIOS PADRONIZADOS E CHECKLISTS OPERACIONAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 94. Este Título disciplina a elaboração, aprovação, utilização, revisão e controle dos Fluxogramas Institucionais, Instruções de Trabalho (IT), Formulários Padronizados e Checklists Operacionais, integrantes do Sistema Normativo da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho.

Art. 95. Os documentos previstos neste Título complementam os Protocolos Institucionais, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e os Manuais Institucionais, assegurando uniformidade na execução das atividades.

Art. 96. Todos os documentos deverão observar os princípios da padronização, rastreabilidade, simplicidade, clareza, segurança, conformidade e melhoria contínua.

CAPÍTULO II

DOS FLUXOGRAMAS INSTITUCIONAIS

Art. 97. Os Fluxogramas Institucionais representam graficamente a sequência lógica das atividades, decisões, responsabilidades e interfaces dos processos organizacionais.

Art. 98. Os Fluxogramas deverão:

I – refletir fielmente o processo institucional;

II – identificar responsáveis pelas etapas;

III – indicar pontos de decisão;

IV – demonstrar interfaces entre unidades;

V – estar vinculados ao respectivo POP ou Protocolo.

Art. 99. Todo processo institucional considerado crítico deverá possuir fluxograma atualizado.

CAPÍTULO III

DAS INSTRUÇÕES DE TRABALHO

Art. 100. As Instruções de Trabalho destinam-se ao detalhamento da execução de atividades específicas que exijam orientação técnica complementar aos POPs.

Art. 101. As Instruções de Trabalho conterão, no mínimo:

I – identificação da atividade;

II – objetivo;

III – responsáveis;

IV – sequência operacional;

V – materiais ou equipamentos necessários;

VI – cuidados de segurança;

VII – registros obrigatórios.

Art. 102. As Instruções de Trabalho deverão guardar compatibilidade com os Protocolos Institucionais e Procedimentos Operacionais Padrão correspondentes.

CAPÍTULO IV

DOS FORMULÁRIOS PADRONIZADOS

Art. 103. Os Formulários Padronizados destinam-se ao registro uniforme das informações necessárias à execução dos processos institucionais.

Art. 104. Todo formulário deverá conter:

I – identificação institucional;

II – código documental;

III – versão vigente;

IV – campo para identificação do responsável pelo registro, quando aplicável;

V – data do registro;

VI – demais informações necessárias ao respectivo processo.

Art. 105. É vedada a utilização de formulários não homologados ou com versão desatualizada.

CAPÍTULO V

DOS CHECKLISTS OPERACIONAIS

Art. 106. Os Checklists Operacionais constituem instrumentos destinados à verificação sistemática do cumprimento das etapas críticas dos processos institucionais.

Art. 107. Os Checklists deverão ser utilizados, especialmente:

I – nos processos assistenciais críticos;

II – em procedimentos cirúrgicos;

III – na manutenção de equipamentos;

IV – nas inspeções operacionais;

V – nos processos de segurança;

VI – em outras atividades definidas pela Administração Hospitalar.

Art. 108. A utilização do Checklist não substitui os registros obrigatórios previstos nos Protocolos e POPs.

CAPÍTULO VI

DA ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Art. 109. Os documentos disciplinados neste Título serão elaborados pelas unidades responsáveis pelos respectivos processos.

Art. 110. Antes de sua aprovação deverão ser submetidos à análise técnica das áreas envolvidas.

Art. 111. A aprovação observará os níveis de competência definidos no Volume I deste Regimento.

CAPÍTULO VII

DA UTILIZAÇÃO E RESPONSABILIDADES

Art. 112. Os gestores responderão pela implantação, divulgação e correta utilização dos documentos em suas unidades.

Art. 113. Compete aos profissionais:

I – utilizar exclusivamente as versões vigentes;

II – registrar corretamente as informações exigidas;

III – comunicar inconsistências ou necessidades de revisão;

IV – preservar a integridade dos registros produzidos.

Art. 114. O descumprimento injustificado das disposições deste Título sujeitará o responsável às medidas administrativas cabíveis.

CAPÍTULO VIII

DO CONTROLE DOCUMENTAL

Art. 115. Todos os documentos integrarão o Sistema Institucional de Gestão Documental.

Art. 116. O controle documental compreenderá:

I – codificação padronizada;

II – identificação da versão;

III – histórico de alterações;

IV – responsável técnico;

V – data de aprovação;

VI – data da próxima revisão.

Art. 117. A distribuição eletrônica será considerada a forma oficial de disponibilização dos documentos, ressalvadas as hipóteses que exijam controle físico.

CAPÍTULO IX

DA INTEGRAÇÃO COM PROTOCOLOS E POPs

Art. 118. Os Fluxogramas, Instruções de Trabalho, Formulários e Checklists deverão manter correspondência direta com os Protocolos Institucionais e Procedimentos Operacionais Padrão relacionados.

Art. 119. Alterações em Protocolos ou POPs determinarão a revisão dos documentos correlatos.

Art. 120. É vedada a existência de documentos operacionais conflitantes ou redundantes.

CAPÍTULO X

DO MONITORAMENTO, AUDITORIA E REVISÃO

Art. 121. A conformidade dos documentos será verificada mediante auditorias internas, inspeções, monitoramento por indicadores e avaliações periódicas.

Art. 122. As não conformidades deverão originar plano de ação, acompanhado pela unidade responsável.

Art. 123. Os documentos disciplinados neste Título serão revisados, no mínimo, a cada 24 (vinte e quatro) meses ou sempre que houver alteração legal, normativa, tecnológica ou organizacional relevante.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 124. Integram este Título, como anexos normativos, os modelos institucionais aprovados de Fluxogramas, Instruções de Trabalho, Formulários Padronizados e Checklists Operacionais.

Art. 125. Os documentos previstos neste Volume deverão permanecer disponíveis em repositório institucional oficial, observadas as regras de controle de acesso e segurança da informação.

Art. 126. Os casos omissos serão resolvidos pela Administração Hospitalar, mediante manifestação técnica da unidade responsável pela Gestão da Qualidade e, quando necessário, da Assessoria Jurídica.

Art. 127. O presente Volume consolida o Sistema Institucional de Documentação Operacional da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, estabelecendo os instrumentos técnicos necessários à padronização, execução, monitoramento e melhoria contínua dos processos institucionais.

Art. 128. Os Protocolos Institucionais, Procedimentos Operacionais Padrão, Instruções de Trabalho, Fluxogramas, Formulários e Checklists constituem documentos complementares ao Regimento Geral e deverão ser observados por todas as unidades organizacionais, respeitadas as competências definidas nos Volumes I a V.

ANEXOS NORMATIVOS ESSENCIAIS

Integram o Volume VI:

- **Anexo I –** Modelo Institucional de Protocolo Assistencial;
- **Anexo II –** Modelo Institucional de Procedimento Operacional Padrão (POP);
- **Anexo III –** Modelo Institucional de Instrução de Trabalho (IT);
- **Anexo IV –** Padrão Institucional de Fluxogramas;
- **Anexo V –** Modelo de Formulário Padronizado;
- **Anexo VI –** Modelo de Checklist Operacional;
- **Anexo VII –** Matriz de Correlação entre Protocolos, POPs, ITs e Fluxogramas;
- **Anexo VIII –** Tabela de Controle Documental e Versionamento.

VOLUME VII

ANEXOS INSTITUCIONAIS CONSOLIDADOS E DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

TÍTULO I

DOS ANEXOS INSTITUCIONAIS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este Título consolida os Anexos Institucionais integrantes do Regimento Geral de Organização, Funcionamento e Governança da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho.

Art. 2º Os Anexos possuem natureza normativa complementar e destinam-se à padronização documental, operacional e gerencial da Instituição.

Art. 3º Os Anexos serão utilizados em conjunto com os Volumes I a VI deste Regimento, observadas as competências e responsabilidades neles estabelecidas.

CAPÍTULO II

DOS ORGANOGRAMAS INSTITUCIONAIS

Art. 4º Integram este Regimento os seguintes Organogramas Institucionais:

I — Organograma Geral de Governança;

II — Organograma da Administração Hospitalar;

III — Organograma Assistencial;

IV — Organograma Administrativo;

V — Organograma Financeiro;

VI — Organograma Patrimonial;

VII — Organograma da Tecnologia da Informação;

VIII — Organograma das Comissões Institucionais;

IX — Organograma dos Serviços de Apoio;

X — Organograma dos Serviços Especializados.

Art. 5º Os Organogramas deverão refletir a estrutura organizacional oficialmente aprovada pela Diretoria.

CAPÍTULO III

DAS MATRIZES INSTITUCIONAIS

Art. 6º Constituem Matrizes Institucionais:

I — Matriz de Governança;

II — Matriz de Responsabilidades;

III — Matriz de Competências;

IV — Matriz de Autoridades;

V — Matriz de Alçadas Administrativas;

VI — Matriz de Alçadas Financeiras;

VII — Matriz de Delegação;

VIII — Matriz de Gestão de Riscos;

IX — Matriz de Indicadores Institucionais;

X — Matriz de Processos Organizacionais.

Art. 7º As Matrizes serão utilizadas como instrumentos oficiais de gestão e apoio à tomada de decisão.

CAPÍTULO IV

DOS FLUXOS INSTITUCIONAIS

Art. 8º Os Fluxos Institucionais representam os processos essenciais da Santa Casa.

Art. 9º Integram este Regimento, entre outros:

I — Fluxo de Governança;

II — Fluxo Decisório;

III — Fluxo Assistencial;

IV — Fluxo Administrativo;

V — Fluxo Financeiro;

VI — Fluxo Patrimonial;

VII — Fluxo de Compras;

VIII — Fluxo Contratual;

IX — Fluxo de Gestão Documental;

X — Fluxo de Segurança do Paciente;

XI — Fluxo de Gestão de Riscos;

XII — Fluxo de Comunicação Institucional;

XIII — Fluxo de Ouvidoria;

XIV — Fluxo de Contingência Operacional.

CAPÍTULO V

DOS MODELOS DOCUMENTAIS

Art. 10. Constituem Modelos Documentais Institucionais:

I — Portarias;

II — Resoluções;

III — Ordens de Serviço;

IV — Instruções Normativas;

V — Procedimentos Operacionais Padrão;

VI — Protocolos Institucionais;

VII — Instruções de Trabalho;

VIII — Relatórios Gerenciais;

IX — Pareceres Técnicos;

X — Atas;

XI — Formulários Institucionais;

XII — Checklists.

Art. 11. Todos os modelos observarão identidade visual, codificação e controle documental padronizados.

CAPÍTULO VI

DO GLOSSÁRIO INSTITUCIONAL

Art. 12. O Glossário Institucional consolida os conceitos técnicos utilizados no Regimento Geral.

Art. 13. O Glossário compreenderá, entre outros:

I — termos de governança;

II — terminologia hospitalar;

III — conceitos administrativos;

IV — conceitos financeiros;

V — conceitos assistenciais;

VI — conceitos jurídicos;

VII — conceitos de qualidade;

VIII — conceitos de compliance;

IX — conceitos de gestão de riscos;

X — abreviaturas institucionais.

CAPÍTULO VII

DAS TABELAS INSTITUCIONAIS

Art. 14. Integram este Volume:

I — Tabela de Temporalidade Documental;

II — Tabela de Classificação Documental;

III — Tabela de Sigilo das Informações;

IV — Tabela de Guarda Permanente;

V — Tabela de Revisão Documental;

VI — Tabela de Controle de Versões;

VII — Tabela de Indicadores Institucionais;

VIII — Tabela de Responsáveis Técnicos.

CAPÍTULO VIII

DOS CADASTROS E REGISTROS OFICIAIS

Art. 15. A Instituição manterá registros oficiais relativos a:

I — cargos;

II — funções;

III — responsáveis técnicos;

IV — comissões;

V — contratos;

VI — convênios;

VII — equipamentos;

VIII — patrimônio;

IX — fornecedores;

X — documentos normativos.

Art. 16. Os cadastros integrarão o Sistema Institucional de Gestão.

CAPÍTULO IX

DO CONTROLE DOS ANEXOS

Art. 17. Todos os Anexos serão submetidos ao Sistema Institucional de Controle Documental.

Art. 18. O controle compreenderá:

I — codificação;

II — versão;

III — data de aprovação;

IV — histórico das alterações;

V — unidade responsável;

VI — periodicidade de revisão.

Art. 19. Somente versões oficialmente aprovadas produzirão efeitos institucionais.

CAPÍTULO X

DA REVISÃO DOS ANEXOS

Art. 20. Os Anexos serão revisados sempre que ocorrer alteração:

I — da legislação;

II — da estrutura organizacional;

III — dos processos institucionais;

IV — das políticas internas;

V — dos sistemas de gestão.

Art. 21. A revisão seguirá o procedimento estabelecido no Sistema Institucional de Gestão Documental.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Os Anexos consolidados passam a integrar oficialmente o Regimento Geral da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho.

Art. 23. As versões digitais disponibilizadas no repositório institucional constituem a referência oficial para consulta e aplicação.

Art. 24. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar e das unidades responsáveis pelos respectivos documentos.

ANEXOS OFICIAIS CONSOLIDADOS

Integram o Volume VII, em caráter oficial:

- **Anexo I** – Organograma Geral da Santa Casa.

- **Anexo II** – Organogramas Setoriais.
- **Anexo III** – Matriz Geral de Governança.
- **Anexo IV** – Matriz Geral de Responsabilidades.
- **Anexo V** – Matriz de Competências e Autoridades.
- **Anexo VI** – Matriz de Alçadas Administrativas e Financeiras.
- **Anexo VII** – Fluxograma Geral dos Processos Institucionais.
- **Anexo VIII** – Fluxogramas Assistenciais.
- **Anexo IX** – Fluxogramas Administrativos.
- **Anexo X** – Modelos Documentais Institucionais.
- **Anexo XI** – Manual de Padronização Documental.
- **Anexo XII** – Glossário Institucional.
- **Anexo XIII** – Tabela de Temporalidade Documental.
- **Anexo XIV** – Tabela de Classificação Documental.
- **Anexo XV** – Relação Consolidada dos Protocolos Institucionais.
- **Anexo XVI** – Relação Consolidada dos POPs.
- **Anexo XVII** – Relação Consolidada das Instruções de Trabalho.
- **Anexo XVIII** – Cadastro Oficial das Comissões Institucionais.
- **Anexo XIX** – Cadastro Oficial dos Responsáveis Técnicos.
- **Anexo XX** – Índice Geral do Sistema Normativo Institucional.

VOLUME VII

TÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES E TRANSITÓRIAS DO REGIMENTO GERAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25. O Regimento Geral de Organização, Funcionamento e Governança da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho constitui o instrumento normativo interno de caráter permanente destinado à disciplina da estrutura organizacional, da governança, da gestão, da assistência, dos processos administrativos e operacionais da Instituição.

Art. 26. Todas as unidades organizacionais, órgãos de governança, gestores, colaboradores, corpo clínico, prestadores de serviços, voluntários e demais pessoas vinculadas à Instituição ficam sujeitos às disposições deste Regimento.

Art. 27. A aplicação deste Regimento observará, sucessivamente:

I – a legislação vigente;

II – o Estatuto Social;

III – o presente Regimento Geral;

IV – os Manuais Institucionais;

V – os Regulamentos Operacionais;

VI – os Protocolos Institucionais;

VII – os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);

VIII – as Instruções de Trabalho;

IX – os demais atos normativos internos.

CAPÍTULO II

DA INTERPRETAÇÃO E DA HIERARQUIA NORMATIVA

Art. 28. As disposições deste Regimento serão interpretadas de forma sistemática, considerando sua finalidade institucional, os princípios da governança, da eficiência administrativa, da segurança do paciente, da ética e da legalidade.

Art. 29. Em caso de conflito entre documentos normativos internos, prevalecerá a seguinte ordem hierárquica:

I – Estatuto Social;

II – Regimento Geral;

III – Resoluções da Diretoria;

IV – Manuais Institucionais;

V – Regulamentos Operacionais;

VI – Protocolos Institucionais;

VII – Procedimentos Operacionais Padrão;

VIII – Instruções de Trabalho;

IX – Ordens de Serviço;

X – demais atos administrativos.

Art. 30. Nenhum documento institucional poderá contrariar as disposições do Estatuto Social ou deste Regimento.

CAPÍTULO III

DA INTEGRAÇÃO ENTRE OS VOLUMES

Art. 31. O Regimento Geral constitui sistema normativo único, integrado pelos seguintes Volumes:

I – Volume I – Governança Institucional;

II – Volume II – Organização Assistencial;

III – Volume III – Gestão Administrativa, Financeira e Patrimonial;

IV – Volume IV – Regulamentos Operacionais dos Serviços;

V – Volume V – Manuais Institucionais;

VI – Volume VI – Protocolos Institucionais, Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), Fluxos e Anexos Normativos;

VII – Volume VII – Anexos Institucionais Consolidados e Disposições Complementares.

Art. 32. Os Volumes possuem interpretação integrada e complementar, vedada sua aplicação isolada quando houver necessidade de análise sistêmica.

CAPÍTULO IV

DA ATUALIZAÇÃO DO REGIMENTO

- **Art. 33.** O Regimento Geral será objeto de revisão periódica para assegurar sua conformidade com a legislação vigente, a evolução da governança hospitalar e as necessidades institucionais.
- **Art. 34.** As propostas de alteração poderão ser apresentadas:
- I – pela Diretoria;
- II – pela Administração Hospitalar;
- III – pelas Comissões Institucionais;
- IV – pelas unidades organizacionais, mediante justificativa técnica.
- **Art. 35.** Toda proposta de alteração deverá conter:
- I – fundamentação técnica;

- II – análise de impacto institucional;
- III – minuta da alteração proposta;
- IV – manifestação das áreas envolvidas, quando aplicável.

CAPÍTULO V

DA REVISÃO PERIÓDICA

Art. 36. O Regimento Geral será revisado, preferencialmente, a cada 48 (quarenta e oito) meses ou antes desse prazo quando houver necessidade institucional relevante.

Art. 37. A revisão compreenderá:

I – avaliação de conformidade normativa;

II – atualização legislativa;

III – revisão organizacional;

IV – adequação dos processos;

V – consolidação das alterações aprovadas.

CAPÍTULO VI

DA REVOGAÇÃO DE NORMAS

Art. 38. Ficam revogados todos os regulamentos, normas, instruções e atos internos incompatíveis com as disposições deste Regimento.

Art. 39. Permanecem vigentes os atos normativos compatíveis até sua revisão ou substituição formal.

Art. 40. A Administração Hospitalar promoverá a consolidação e atualização do acervo normativo institucional.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 41. As unidades organizacionais deverão adequar seus regulamentos, manuais, protocolos e procedimentos às disposições deste Regimento no prazo estabelecido pela Diretoria.

Art. 42. Os processos administrativos e assistenciais em andamento permanecerão válidos, desde que não contrariem as normas ora aprovadas.

Art. 43. A implantação das alterações decorrentes deste Regimento poderá ocorrer de forma gradual, conforme cronograma institucional aprovado pela Diretoria.

CAPÍTULO VIII

DO CONTROLE DA VERSÃO OFICIAL

Art. 44. A Diretoria ou unidade formalmente designada será responsável pela guarda da versão oficial consolidada do Regimento Geral.

Art. 45. A versão eletrônica disponibilizada no repositório institucional constitui o texto oficial para consulta e aplicação, ressalvadas as cópias autenticadas aprovadas pela Diretoria.

Art. 46. Todas as alterações posteriores deverão ser incorporadas por meio de consolidação oficial, preservando o histórico de revisões.

CAPÍTULO IX

DA DIVULGAÇÃO E DA CAPACITAÇÃO

Art. 47. Após sua aprovação, o Regimento Geral será divulgado por meio dos canais institucionais e disponibilizado a todos os profissionais vinculados à Santa Casa.

Art. 48. A Administração Hospitalar promoverá programas de capacitação para assegurar a correta compreensão e aplicação das normas regimentais.

Art. 49. Os gestores responderão pela disseminação e observância do Regimento em suas respectivas áreas.

CAPÍTULO X

DOS CASOS OMISSOS

Art. 50. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria, mediante manifestação técnica da Administração Hospitalar e da Assessoria Jurídica, observados o Estatuto Social, a legislação vigente e os princípios institucionais.

Art. 51. As decisões proferidas em caráter interpretativo poderão ensejar atualização futura deste Regimento, quando demonstrarem necessidade de aperfeiçoamento normativo.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 52. O presente Regimento Geral de Organização, Funcionamento e Governança da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho entra em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria, revogadas as disposições internas em contrário.

Art. 53. Este Regimento constitui o principal instrumento de organização normativa da Instituição, devendo orientar a atuação de todos os órgãos de governança, unidades organizacionais e profissionais vinculados à Santa Casa.

Art. 54. A observância das disposições regimentais representa compromisso institucional permanente com a excelência assistencial, a integridade, a transparência, a sustentabilidade, a segurança do paciente e a melhoria contínua da gestão.

CLÁUSULA DE ENCERRAMENTO OFICIAL

Conclui-se, por meio deste, a redação do Regimento Geral de Organização, Funcionamento e Governança da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, composto por XI capítulos, estruturados em conformidade com a técnica legislativa brasileira, princípios de governança institucional, normas aplicáveis ao setor hospitalar e boas práticas de gestão.

O Regimento passa a constituir o Sistema Normativo Institucional Oficial, servindo como referência para a organização, funcionamento, gestão, assistência, controle, integridade e desenvolvimento da Santa Casa, devendo ser permanentemente atualizado por meio dos mecanismos de revisão previstos nesta obra.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PEDREGULHO
Rua Tenente Salviano, 125 – Centro – Pedregulho – SP
Cep: 14.470-00 – Fone/fax: (16) 3171-9050
CNPJ: 45.318.508/0001-70 – Inscrição Estadual: Isenta
E-mail: santacasa.pedregulho@gmail.com

ATA DE REUNIÃO ORDINÁRIA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PEDREGULHO - APROVAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO OFICIAL.

Aos dois dias do mês de junho de 2026, às quinze horas, na sala de reuniões da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, na sede da instituição, reuniram-se para deliberarem sobre a aprovação do Regimento Interno da entidade. O Provedor João Moreno Junior, declarou aberta a reunião, passou a leitura da pauta do dia: 1. Item da pauta, aprovação do Regimento Interno. Como todos da Diretoria receberam a minuta do Regimento Interno, com antecedência de uma semana, possibilitando a análise prévia, leitura integral e apresentação de sugestões antes da reunião de deliberação, ficou ainda autorizado que futuras revisões, atualizações ou adequações do Regimento Interno poderão ser realizadas sempre que necessárias, mediante deliberação da Diretoria, observadas as disposições estatutárias e a legislação aplicável. Após discussão e revisão que a proposta já estava inclusa no Regimento. O Provedor João Moreno, destacou que o documento consolida normas administrativas, organizacionais, operacionais, assistenciais e de governança institucional, estabelecendo diretrizes para o funcionamento da Santa Casa, em conformidade com o Estatuto Social, a legislação vigente e os princípios da transparência, eficiência, legalidade e melhoria contínua dos processos internos. Após discussão entre os presentes, não havendo objeções quanto ao seu conteúdo, a Diretoria deliberou, por unanimidade, pela aprovação integral do Regimento Interno da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, com onze capítulos e duzentas e sessenta e seis páginas, passando o documento a vigorar a partir desta data. Não havendo mais nenhum assunto a tratar o Provedor agradeceu a presença de todos dando por encerrada a reunião, e eu lavrei e assinei a presente ata, que após lida e aprovada, vai assinada pelo provedor seguida da lista de presença.

1

SANTA CASA PEDREGULHO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PEDREGULHO

Rua Tenente Salviano, 125 – Centro – Pedregulho – SP
Cep: 14.470-00 – 091 Fone/fax: (16) 3171-9050
CNPJ: 45.318.508/0001-70 – Inscrição Estadual: Isenta
E-mail: santacasa.pedregulho@gmail.com

LISTA DE PRESENÇA DA REUNIÃO DA DIRETORIA 02/06/2026

N°	NOME	Assinatura
01	JOÃO MORENO JÚNIOR	
02	NEUSA MARIA TASSO	
03	MARILU DUTRA DE FARIA	
04	LUCIANA CRISTINA MORAIS FLÁVIO	
05	LETÍCIA MARANGONI FERREIRA	
06	JOSUÉ CLAUDINO PORTO	
07	IOLANDA DALMANDO M. BATISTA	
08	ELIANE D'ARC G. GUILHERME	
09	VERA LÚCIA T. BERNARDES	
10	BENEDITA AP. VAZ DE OLIVEIRA	
11	REGINA AP. DE PAULA FERREIRA	
12	ALZIRA ARAÚJO	
13	EDUARDO DE M. NERY COMODARO	
14	SOLANGE APARECIDA NOGUEIRA	