



Atividades	Periodicidade
Levantamento e inventário dos equipamentos	Única (inicial)
Categorização dos equipamentos	Única (inicial)
Desenvolvimento do plano de manutenção preventiva	Única (inicial)
Implementação do sistema de registro e monitoramento	Única (inicial)
Treinamento da equipe técnica	Semestral
Parcerias e contratos de manutenção	Anual
Inspeção e manutenção preventiva dos equipamentos	Mensal
Limpeza e lubrificação dos equipamentos	Mensal
Calibração dos equipamentos	Semestral
Avaliação do estado de obsolescência dos equipamentos	Anual
Substituição ou atualização dos equipamentos obsoletos	Conforme necessidade

Este cronograma pode ser ajustado de acordo com as necessidades específicas da UNIDADE e das recomendações dos fabricantes dos equipamentos. É importante manter uma periodicidade adequada para as atividades de manutenção preventiva, garantindo a segurança e o bom funcionamento dos equipamentos ao longo do tempo.

d. Proposta de Rotinas manuais e fluxos

Proposta de Regimento Interno do Hospital

Capítulo I: Disposições Preliminares

Artigo 1º - Este regimento interno estabelece as normas e diretrizes para o funcionamento do [Nome do Hospital], doravante denominado "Hospital".

Artigo 2º - O Hospital é uma instituição de saúde pública/privada, destinada à prestação de assistência médica, diagnóstica, terapêutica e de reabilitação, bem como à promoção da saúde.

Capítulo II: Da Estrutura Organizacional

Artigo 3º - O Hospital é composto pelos seguintes órgãos:

- I. Direção Administrativa;
- II. Corpo Clínico;
- III. Serviço de Enfermagem;
- IV. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
07.609.365/0001-67



- V. Serviço de Nutrição e Dietética;
- VI. Serviço de Higiene e Limpeza;
- VII. Serviço de Lavanderia e Rouparia;
- VIII. Serviço de Esterilização;
- IX. Serviço de Atendimento ao Cliente;
- X. Serviço de Gestão de Pessoas;
- XI. Outros serviços necessários para o funcionamento adequado da instituição.

Capítulo III: Das Competências e Atribuições

Artigo 4º - Compete à Direção Administrativa:

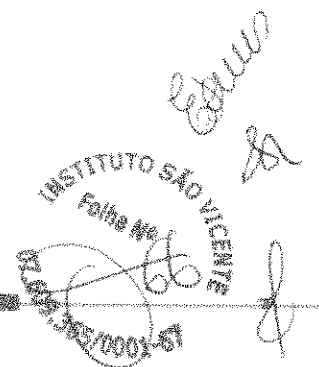
- I. Gerir os recursos humanos, materiais e financeiros do Hospital;
- II. Estabelecer políticas e diretrizes para o funcionamento da instituição;
- III. Representar o Hospital perante órgãos públicos e privados;
- IV. Zelar pelo cumprimento das normas e regulamentos internos.

Artigo 5º - Compete ao Corpo Clínico:

- I. Prestar assistência médica aos pacientes do Hospital;
- II. Realizar diagnósticos, prescrever tratamentos e procedimentos médicos;
- III. Participar de programas de educação continuada e de qualidade assistencial;
- IV. Colaborar com a Direção Administrativa na elaboração de políticas de saúde.

Artigo 6º - Compete ao Serviço de Enfermagem:

- I. Prestar assistência de enfermagem aos pacientes, seguindo protocolos e procedimentos estabelecidos;
- II. Supervisionar e coordenar as atividades da equipe de enfermagem;
- III. Realizar treinamentos e capacitações para a equipe;
- IV. Zelar pela segurança e bem-estar dos pacientes.





[...]

Capítulo IV: Do Funcionamento

Artigo 7º - O Hospital funcionará 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana.

Artigo 8º - Os horários de visitas aos pacientes serão estabelecidos pela Direção Administrativa, respeitando as normas de segurança e bem-estar dos pacientes.

[...]

Capítulo V: Das Disposições Finais

Artigo 9º - Este regimento interno entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Artigo 10º - Os casos omissos serão resolvidos pela Direção Administrativa, ouvido o Corpo Clínico e demais setores envolvidos.

Local, data.

Assinatura da Direção Administrativa.

Regimento do Corpo Clínico do Hospital

Capítulo I: Disposições Preliminares

Artigo 1º - Este regimento estabelece as normas e diretrizes para o funcionamento do Corpo Clínico do [Nome do Hospital], doravante denominado "Hospital".

Artigo 2º - O Corpo Clínico é composto por médicos devidamente habilitados e credenciados pelo Hospital para exercer atividades médicas na instituição.

Capítulo II: Das Competências e Atribuições

Artigo 3º - Compete ao Corpo Clínico:

I. Prestar assistência médica aos pacientes do Hospital, conforme as normas e protocolos estabelecidos;

II. Realizar diagnósticos, prescrever tratamentos e procedimentos médicos de acordo com as boas práticas médicas;



III. Participar de reuniões e comissões relacionadas à melhoria da qualidade assistencial;

IV. Zelar pelo cumprimento das normas éticas e legais no exercício da medicina.

Artigo 4º - Compete à Direção Médica:

I. Coordenar e supervisionar as atividades do Corpo Clínico;

II. Emitir credenciamento e autorização para atuação no Hospital;

III. Promover a integração entre os diferentes setores do Hospital e o Corpo Clínico;

IV. Encaminhar casos de conduta médica questionável para análise ética e disciplinar.

Capítulo III: Das Admissões e Requisitos

Artigo 5º - Para integrar o Corpo Clínico do Hospital, o médico deverá atender aos seguintes requisitos:

I. Possuir registro válido no Conselho Regional de Medicina (CRM);

II. Apresentar comprovante de especialização na área de atuação, quando aplicável;

III. Submeter-se a entrevista com a Direção Médica e apresentar documentação solicitada.

Artigo 6º - O credenciamento no Corpo Clínico será concedido mediante aprovação da Direção Médica, após análise dos requisitos e necessidades do Hospital.

Capítulo IV: Do Funcionamento e Ética Profissional

Artigo 7º - O Corpo Clínico funcionará de acordo com a escala de plantões e horários estabelecidos pela Direção Médica, garantindo a cobertura assistencial adequada em todos os setores do Hospital.

Artigo 8º - Os médicos integrantes do Corpo Clínico deverão pautar sua conduta profissional pelos princípios éticos estabelecidos pelo Código de Ética Médica, respeitando os direitos e dignidade dos pacientes.

Capítulo V: Das Disposições Finais

Artigo 9º - Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção Médica, revogando-se as disposições em contrário.

[Handwritten signature]
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No
[Handwritten number]
07.609.365/0001-67



Artigo 10º - Os casos omissos serão resolvidos pela Direção Médica, ouvido o Corpo Clínico e demais setores envolvidos.

Local, data.

Assinatura da Direção Médica.

Manual de Rotinas Administrativas para o Acompanhamento de Processos de Trabalho e Atendimento

Este manual tem como objetivo estabelecer as rotinas administrativas para o acompanhamento eficiente dos processos de trabalho e atendimento em [Nome da Instituição]. Ele serve como um guia para todos os colaboradores, garantindo a padronização e qualidade nos serviços prestados. Seguem as diretrizes:

1. Fluxo de Trabalho:

Estabeleça um fluxo claro e sequencial para cada processo de trabalho e atendimento, desde a solicitação até a conclusão.

Identifique os responsáveis por cada etapa do processo e defina prazos para a sua execução.

2. Documentação:

Mantenha uma documentação organizada e acessível para cada processo, incluindo formulários, registros e relatórios.

Padronize os modelos de documentos, garantindo que todas as informações necessárias sejam registradas de forma clara e precisa.

3. Monitoramento e Acompanhamento:

Estabeleça mecanismos de monitoramento contínuo dos processos, através de indicadores de desempenho e metas estabelecidas.

Realize reuniões periódicas para acompanhar o progresso dos processos, identificar problemas e propor soluções.

4. Comunicação:

Estabeleça canais eficientes de comunicação entre os colaboradores envolvidos nos processos, garantindo a troca de informações de forma rápida e clara.



Utilize ferramentas de comunicação interna, como e-mails, mensagens instantâneas e reuniões, para alinhar expectativas e resolver dúvidas.

5. Treinamento e Capacitação:

Promova treinamentos regulares para os colaboradores envolvidos nos processos, garantindo que estejam atualizados quanto aos procedimentos e normas da instituição.

Incentive a participação em cursos e workshops relacionados às áreas de atuação, visando o aprimoramento contínuo das habilidades profissionais.

6. Feedback e Melhoria Contínua:

Estimule a cultura do feedback entre os colaboradores, fornecendo retornos construtivos sobre o desempenho e identificando oportunidades de melhoria.

Realize análises periódicas dos processos, identificando pontos de falha e implementando melhorias para aumentar a eficiência e a qualidade do atendimento.

7. Atendimento ao Cliente:

Priorize o atendimento de qualidade, garantindo que as necessidades e expectativas dos clientes sejam atendidas de forma satisfatória.

Estabeleça padrões de atendimento, como cordialidade, empatia e eficiência, e promova o respeito aos direitos e dignidade dos clientes.

Este manual deve ser consultado regularmente por todos os colaboradores da instituição, servindo como um guia prático para o cumprimento das rotinas administrativas e o acompanhamento eficiente dos processos de trabalho e atendimento. A colaboração de todos é fundamental para o sucesso na execução das atividades e na entrega de serviços de qualidade aos clientes.

Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos Hospitalares SUS

Este manual tem como objetivo estabelecer as rotinas administrativas para o faturamento eficiente dos procedimentos hospitalares realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em [Nome do Hospital]. Ele serve como um guia para todos os colaboradores envolvidos no



processo de faturamento, garantindo a padronização e qualidade nos serviços prestados. Seguem as diretrizes:

1. Verificação de Documentação:

Antes do faturamento, verifique se todos os documentos necessários para o atendimento pelo SUS estão completos e corretos. Isso inclui o Cartão Nacional de Saúde (CNS), documentos de identificação e encaminhamentos médicos.

2. Registro de Atendimentos:

Registre todos os atendimentos realizados pelo SUS no sistema de gestão hospitalar, incluindo consultas, exames, internações e procedimentos cirúrgicos.

Certifique-se de que os registros estão completos e atualizados, contendo informações precisas sobre o paciente, procedimentos realizados e profissionais envolvidos.

3. Classificação de Procedimentos:

Classifique os procedimentos realizados de acordo com a tabela de procedimentos do SUS (SIGTAP), seguindo as normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Verifique se os procedimentos estão sendo classificados corretamente, de acordo com a complexidade e a natureza dos serviços prestados.

4. Elaboração das Guias de Faturamento:

Utilize o sistema de faturamento eletrônico do SUS para elaborar as guias de faturamento (AIH - Autorização de Internação Hospitalar, APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) de acordo com os procedimentos realizados.

Certifique-se de preencher todas as informações necessárias nas guias de forma correta e legível.

5. Envio das Guias de Faturamento:

Envie as guias de faturamento para o sistema de regulação do SUS dentro dos prazos estabelecidos, seguindo os procedimentos e formatos exigidos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.



Mantenha um controle rigoroso dos prazos de envio e acompanhe o status das guias enviadas, realizando os devidos ajustes quando necessário.

6. Tratamento de Pendências e Glosas:

Monitore regularmente os relatórios de pendências e glosas, identificando as razões para as rejeições de guias e realizando os ajustes necessários.

Mantenha uma comunicação eficiente com as instâncias responsáveis pelo processamento das guias de faturamento para resolver as pendências de forma ágil e eficaz.

7. Auditoria e Controle Interno:

Realize auditorias internas periódicas para garantir a conformidade dos processos de faturamento com as políticas e regulamentos do SUS.

Estabeleça controles internos eficientes para prevenir fraudes e irregularidades no processo de faturamento.

Este manual deve ser consultado regularmente por todos os colaboradores envolvidos no processo de faturamento de procedimentos hospitalares SUS, garantindo o cumprimento das rotinas administrativas e o sucesso na prestação de serviços de qualidade aos pacientes. A colaboração e comprometimento de todos são fundamentais para o alcance dos objetivos institucionais e para a manutenção da qualidade do atendimento pelo SUS.

Manual de Rotinas Administrativas para Administração Financeira Hospitalar

Este manual estabelece as diretrizes e procedimentos para a administração financeira do hospital, com todos os processos gerenciados pelo escritório central da organização social responsável pela administração da unidade hospitalar. Seguem as orientações:

1. Planejamento Financeiro:

Elabore um plano financeiro anual, considerando receitas, despesas, investimentos e metas de resultado.

Defina objetivos claros e estratégias para alcançar a sustentabilidade financeira da instituição.



2. Orçamento:

Prepare um orçamento detalhado para cada área do hospital, considerando as necessidades operacionais e os recursos disponíveis.

Monitore o desempenho financeiro em relação ao orçamento, realizando ajustes quando necessário.

3. Contabilidade:

Mantenha uma contabilidade organizada e atualizada, registrando todas as transações financeiras da instituição.

Emita relatórios contábeis periódicos para análise da situação financeira e tomada de decisões.

4. Contas a Pagar e Receber:

Estabeleça procedimentos para o controle das contas a pagar e a receber, garantindo o pagamento pontual de fornecedores e a cobrança eficiente de receitas.

Realize conciliação bancária regularmente para garantir a consistência das informações financeiras.

5. Tesouraria:

Centralize a gestão da tesouraria no escritório central da organização, concentrando o controle de caixa, movimentação bancária e gestão de fundos.

Implemente controles internos rigorosos para prevenir fraudes e irregularidades na gestão financeira.

6. Análise Financeira:

Realize análises financeiras periódicas para avaliar a saúde financeira da instituição e identificar áreas de melhoria.

Utilize indicadores financeiros para monitorar o desempenho e tomar decisões estratégicas.

7. Relacionamento com Órgãos Reguladores:

Mantenha uma comunicação transparente e regular com os órgãos reguladores, fornecendo informações financeiras conforme exigido pelas normas e regulamentos.



Esteja preparado para auditorias e inspeções, mantendo todos os documentos e registros financeiros em ordem.

8. Gestão de Custos:

Implemente medidas para otimizar os custos operacionais, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados.

Realize análises de custo-benefício para avaliar investimentos e projetos de expansão.

9. Relatórios e Prestação de Contas:

Prepare relatórios financeiros periódicos para apresentação à direção da organização e demais partes interessadas.

Seja transparente na prestação de contas, fornecendo informações claras e precisas sobre a situação financeira da instituição.

10. Compliance Financeiro:

Garanta o cumprimento das leis, normas e regulamentos financeiros aplicáveis à instituição, evitando penalidades e sanções.

Estabeleça um programa de compliance financeiro, com políticas e procedimentos claros para prevenir fraudes e irregularidades.

Este manual deve ser seguido por todos os colaboradores envolvidos na administração financeira do hospital, garantindo a eficiência, transparência e conformidade com as normas e regulamentos financeiros. A colaboração e comprometimento de todos são fundamentais para o sucesso na gestão financeira e na manutenção da saúde financeira da instituição.

Modelos de protocolos assistenciais

Os protocolos desempenham um papel fundamental na gestão da qualidade em instituições de saúde, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Esses documentos, que estabelecem diretrizes e procedimentos padronizados para diversas atividades clínicas e administrativas, são essenciais para garantir a prestação de serviços de saúde seguros, eficazes e consistentes.

A importância dos protocolos na gestão da qualidade é indiscutível. Eles proporcionam uma base sólida para a padronização de processos, o que é fundamental para assegurar a



uniformidade e a consistência na prestação de cuidados de saúde. Além disso, os protocolos permitem que a equipe de saúde opere de forma mais eficiente, minimizando erros e maximizando a segurança do paciente.

O impacto dos protocolos na gestão da qualidade é profundo e abrangente. Eles contribuem para a melhoria contínua dos serviços de saúde, promovendo a excelência operacional e a satisfação do paciente. Ao seguir protocolos bem estabelecidos, as UPAs podem reduzir a incidência de eventos adversos, melhorar os resultados clínicos e aumentar a eficiência dos processos.

Neste contexto, é fundamental que as UPAs invistam na criação, implementação e revisão regular de protocolos atualizados e baseados em evidências científicas. Além disso, é importante que esses protocolos sejam comunicados de forma eficaz a toda a equipe, garantindo o seu entendimento e adesão.

Em suma, os protocolos desempenham um papel vital na gestão da qualidade em UPAs, contribuindo para a entrega de cuidados de saúde seguros, eficazes e consistentes. Ao priorizar a criação e implementação de protocolos robustos, as UPAs podem promover uma cultura de excelência e melhoria contínua, beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes que atendem.

Protocolos que deverão ser implantados na UNIDADE:

- Protocolo de Triagem e Classificação de Risco:

Estabelece critérios para a avaliação inicial dos pacientes que chegam à UNIDADE, visando identificar a gravidade do quadro clínico e priorizar o atendimento conforme a urgência.

- Protocolo de Atendimento Médico Emergencial:

Define os procedimentos e intervenções médicas a serem realizados em casos de emergência, como parada cardiorrespiratória, trauma grave e intoxicação.

- Protocolo de Atendimento para Condições Clínicas Comuns:

Padroniza o manejo clínico de condições clínicas frequentemente atendidas na UNIDADE, como hipertensão, diabetes, infecções respiratórias e gastrointestinais.

- Protocolo de Estabilização e Transferência de Pacientes:



Estabelece diretrizes para estabilizar pacientes em situação crítica e prepará-los para transferência para hospitais de referência, quando necessário.

- **Protocolo de Administração de Medicamentos:**

Define as diretrizes para a prescrição, preparo, administração e monitoramento de medicamentos, garantindo a segurança e eficácia do tratamento.

- **Protocolo de Atendimento a Traumas:**

Estabelece os procedimentos a serem seguidos no atendimento a vítimas de trauma, incluindo avaliação inicial, ressuscitação, controle de hemorragias e estabilização.

- **Protocolo de Controle de Infecções:**

Define medidas para prevenir e controlar infecções hospitalares, incluindo higienização das mãos, uso adequado de EPIs, limpeza e desinfecção de ambientes e equipamentos.

- **Protocolo de Comunicação Interprofissional:**

Estabelece diretrizes para a comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde, garantindo a troca de informações necessárias para o cuidado adequado dos pacientes.

- **Protocolo de Gerenciamento de Emergências:**

Define os procedimentos a serem seguidos em caso de emergências internas ou externas, como incêndios, desastres naturais ou situações de violência.

- **Protocolo de Avaliação de Qualidade e Segurança:**

Estabelece métodos e critérios para avaliar continuamente a qualidade e segurança dos serviços prestados na UNIDADE, identificando oportunidades de melhoria.

A implementação desses protocolos na UNIDADE contribuirá para padronizar os processos de atendimento, garantindo a qualidade, segurança e eficiência na prestação de cuidados de saúde à comunidade atendida.

Fluxos Operacionais em Áreas Restritas, Externas e Internas

Para garantir a segurança e eficiência das operações em áreas restritas, externas e internas do hospital, é essencial estabelecer fluxos operacionais claros e procedimentos bem definidos.

Abaixo, são apresentados os fluxos operacionais para cada uma dessas áreas:



1. Circulação em Áreas Restritas:

Acesso Controlado: Estabeleça pontos de acesso controlado às áreas restritas do hospital, como salas de cirurgia, unidades de terapia intensiva (UTI) e laboratórios.

Identificação: Implemente sistemas de identificação, como crachás de acesso ou biometria, para garantir que apenas pessoal autorizado possa entrar nessas áreas.

Registro de Acesso: Mantenha um registro detalhado de todas as entradas e saídas das áreas restritas, incluindo o motivo da visita e o tempo de permanência.

2. Circulação em Áreas Externas:

Controle de Entrada: Estabeleça pontos de controle de entrada nas áreas externas do hospital, como portarias e estacionamentos.

Monitoramento: Mantenha uma equipe de segurança para monitorar as áreas externas e garantir a segurança de pacientes, visitantes e funcionários.

Estacionamento: Implemente um sistema de controle de estacionamento para garantir que apenas veículos autorizados possam estacionar nas dependências do hospital.

3. Circulação em Áreas Internas:

Sinalização: Utilize sinalização clara e intuitiva para orientar os pacientes, visitantes e funcionários sobre a localização de diferentes áreas dentro do hospital.

Fluxo de Pacientes: Estabeleça fluxos de pacientes para evitar congestionamentos e garantir um atendimento eficiente nos diferentes setores do hospital, como recepção, consultórios e unidades de internação.

Limpeza e Manutenção: Mantenha uma equipe dedicada à limpeza e manutenção das áreas internas do hospital para garantir um ambiente seguro e higiênico para todos os usuários.

4. Emergências e Evacuações:

Planos de Emergência: Desenvolva planos de emergência detalhados para lidar com situações como incêndios, evacuações e desastres naturais.

Treinamento: Realize treinamentos regulares com funcionários para garantir que todos estejam preparados para agir em caso de emergência.



Rotas de Fuga: Mantenha as rotas de fuga desobstruídas e sinalizadas para facilitar a evacuação rápida e segura em caso de necessidade.

5. Controle de Infecções:

Protocolos de Higiene: Implemente protocolos rigorosos de higiene e limpeza para prevenir a propagação de infecções dentro do hospital.

Equipamentos de Proteção: Forneça equipamentos de proteção individual (EPIs) para os funcionários que trabalham em áreas de alto risco de contaminação.

Isolamento de Pacientes: Estabeleça áreas de isolamento para pacientes com doenças contagiosas para evitar a disseminação de infecções no hospital.

Ao seguir esses fluxos operacionais e procedimentos, o hospital poderá garantir a segurança, eficiência e qualidade dos serviços prestados em todas as áreas restritas, externas e internas. A colaboração de todos os funcionários é fundamental para o sucesso na implementação desses fluxos operacionais e na manutenção de um ambiente seguro e acolhedor para pacientes, visitantes e funcionários.

Fluxo para Registro e Documentação de Usuários

O processo de registro e documentação de usuários em um hospital é fundamental para garantir o atendimento adequado e a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Abaixo está o fluxo operacional para esse procedimento:

1. Chegada do Usuário:

Quando um usuário chega ao hospital, ele deve ser recebido na recepção ou no setor designado para esse fim.

O recepcionista ou atendente deve cumprimentar o usuário, verificar a natureza da visita e encaminhá-lo para o procedimento de registro.

2. Coleta de Informações:

Um funcionário designado deve coletar as informações básicas do usuário, incluindo nome completo, data de nascimento, endereço, número de telefone, número de identificação (se aplicável), histórico médico e seguro de saúde.



O usuário pode ser solicitado a preencher um formulário de admissão ou fornecer essas informações verbalmente, dependendo da política do hospital e da situação do usuário.

3. Verificação de Documentos:

O funcionário responsável pelo registro deve verificar se o usuário possui documentos de identificação válidos, como carteira de identidade ou cartão do sistema de saúde.

Se o usuário for menor de idade ou incapaz de fornecer informações, um responsável legal deve ser identificado e autorizado a assinar os documentos necessários.

4. Criação do Registro:

Com base nas informações coletadas, um registro eletrônico ou físico do usuário deve ser criado no sistema de gestão hospitalar.

O registro deve incluir todas as informações relevantes fornecidas pelo usuário, bem como quaisquer instruções específicas ou preferências de atendimento.

5. Emissão de Identificação:

Após a criação do registro, uma identificação do usuário, como pulseira de identificação ou crachá, deve ser emitida.

A identificação deve conter informações essenciais, como nome completo e número de identificação, para facilitar o reconhecimento e o acompanhamento do usuário durante sua estadia no hospital.

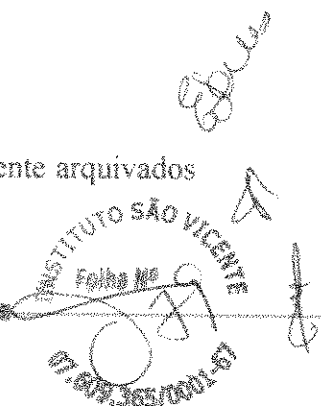
6. Orientação do Usuário:

O usuário deve receber informações sobre os serviços disponíveis no hospital, horários de visitação, direitos e responsabilidades do paciente, políticas de privacidade e outras informações relevantes.

Um funcionário pode acompanhar o usuário até o setor de atendimento ou fornecer orientações sobre como chegar ao seu destino dentro do hospital.

7. Arquivamento de Documentos:

Todos os documentos relacionados ao registro do usuário devem ser devidamente arquivados no sistema de gestão hospitalar ou em pastas físicas designadas.





Os documentos devem ser armazenados de forma segura e acessível apenas a funcionários autorizados, em conformidade com as políticas de privacidade e segurança da informação.

8. Atualização do Registro:

O registro do usuário deve ser atualizado regularmente com informações adicionais, como resultados de exames, tratamentos recebidos e alta hospitalar.

As alterações devem ser registradas no sistema e comunicadas aos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento do usuário.

Ao seguir esse fluxo operacional, o hospital pode garantir um processo eficiente e organizado de registro e documentação de usuários, contribuindo para a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. A colaboração entre os funcionários e a adoção de práticas consistentes são fundamentais para o sucesso desse processo.

Fluxo para Registro e Documentação Administrativa

O registro e a documentação administrativa são essenciais para o funcionamento eficiente e organizado de um hospital. Abaixo está o fluxo operacional para esse processo:

1. Recebimento da Documentação:

Os documentos administrativos podem ser recebidos eletronicamente, por e-mail ou sistemas internos, ou fisicamente, por meio de correio ou entrega pessoal.

Um funcionário designado deve ser responsável por receber e registrar a chegada dos documentos.

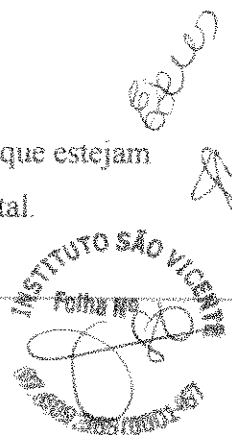
2. Triagem e Classificação:

Os documentos recebidos devem ser triados e classificados de acordo com sua natureza e urgência.

Eles podem ser categorizados em diferentes tipos, como contratos, relatórios, correspondências, registros financeiros, entre outros.

3. Análise e Verificação:

Um funcionário responsável pela análise deve revisar os documentos para garantir que estejam completos, corretos e em conformidade com as políticas e procedimentos do hospital.





Se houver alguma discrepância ou informação faltante, o funcionário deve entrar em contato com o remetente para esclarecimentos adicionais.

4. Registro no Sistema:

Após a análise e verificação, os documentos devem ser registrados no sistema de gestão hospitalar.

Cada documento deve ser atribuído a um número de identificação único e vinculado ao registro correspondente, quando aplicável.

5. Encaminhamento e Distribuição:

Os documentos devem ser encaminhados aos departamentos ou funcionários responsáveis pelo seu processamento ou ação.

O encaminhamento pode ser feito eletronicamente por meio do sistema de gestão hospitalar ou fisicamente por meio de protocolos de distribuição interna.

6. Acompanhamento e Controle:

Um sistema de acompanhamento deve ser estabelecido para monitorar o progresso dos documentos e garantir que sejam tratados dentro dos prazos estabelecidos.

Um funcionário designado deve ser responsável por atualizar o status dos documentos e tomar medidas corretivas, se necessário.

7. Arquivamento e Armazenamento:

Após o processamento, os documentos devem ser arquivados de acordo com as políticas de arquivamento do hospital.

Eles devem ser armazenados de forma segura e organizada, acessíveis apenas a funcionários autorizados.

8. Descarte Seguro:

Quando os documentos não forem mais necessários, eles devem ser descartados de acordo com as políticas de gerenciamento de registros do hospital.

O descarte deve ser feito de maneira segura e confidencial para proteger informações sensíveis.



9. Auditoria e Revisão:

Periodicamente, deve-se realizar auditorias e revisões dos processos de registro e documentação para garantir a conformidade com as regulamentações e padrões internos.

Quaisquer problemas ou oportunidades de melhoria identificados devem ser abordados e corrigidos.

Ao seguir este fluxo operacional, o hospital pode garantir que todos os documentos administrativos sejam tratados de forma eficiente, organizada e em conformidade com as políticas e procedimentos estabelecidos. A colaboração entre os departamentos e funcionários é fundamental para o sucesso desse processo.

Fluxo Unidirecional para Material Esterilizado

Para garantir a segurança e eficiência na esterilização de materiais hospitalares, é fundamental estabelecer um fluxo unidirecional que minimize o risco de contaminação cruzada. Abaixo está o fluxo operacional para o material esterilizado:

1. Recebimento de Materiais:

Os materiais a serem esterilizados são recebidos na área designada para processamento de esterilização.

Um funcionário designado é responsável por verificar a integridade e a limpeza dos materiais antes do processamento.

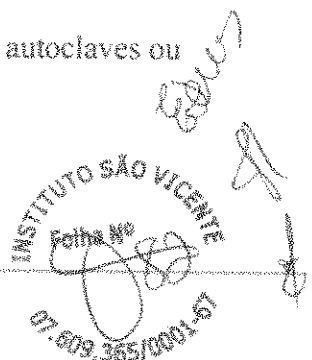
2. Preparação para Esterilização:

Os materiais são preparados para a esterilização, incluindo a remoção de resíduos, embalagem adequada e identificação.

A embalagem deve ser feita de acordo com os protocolos de esterilização e incluir indicadores químicos para monitorar o processo.

3. Esterilização:

Os materiais preparados são colocados nos equipamentos de esterilização, como autoclaves ou esterilizadores químicos.





O ciclo de esterilização é iniciado de acordo com as especificações do fabricante e as normas de segurança.

4. Monitoramento do Processo:

Durante o ciclo de esterilização, os indicadores químicos são monitorados para garantir que os parâmetros de esterilização estejam sendo atendidos.

Em caso de falha ou desvio, o ciclo é interrompido e o material é reprocessado conforme necessário.

5. Secagem e Resfriamento:

Após a esterilização, os materiais são secos e resfriados antes de serem retirados dos equipamentos.

Isso ajuda a evitar a condensação e a formação de umidade que possam comprometer a esterilidade dos materiais.

6. Inspeção Final:

Um funcionário qualificado realiza uma inspeção final dos materiais esterilizados para garantir que estejam limpos, secos e adequadamente embalados.

Qualquer material que não atenda aos padrões de qualidade é reprocessado ou descartado conforme necessário.

7. Armazenamento e Distribuição:

Os materiais esterilizados são armazenados em áreas designadas, de acordo com sua classificação e utilização.

Eles são disponibilizados para uso conforme necessário, seguindo os procedimentos de distribuição interna do hospital.

8. Registro e Rastreabilidade:

Cada lote de materiais esterilizados é registrado em um sistema de rastreabilidade, incluindo informações sobre o ciclo de esterilização, data e hora, e responsáveis pelo processo.

Isso permite o acompanhamento completo do material desde a sua entrada na área de esterilização até o uso no paciente.



9. Descarte Seguro:

Os materiais que não são utilizados ou que expiraram são descartados de acordo com as políticas de descarte seguro do hospital.

Isso inclui a separação e o descarte apropriado de materiais contaminados ou potencialmente perigosos.

Ao seguir esse fluxo unidirecional para o material esterilizado, o hospital pode garantir a qualidade e segurança dos materiais utilizados no atendimento aos pacientes, minimizando o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde. A colaboração entre os profissionais envolvidos e o cumprimento rigoroso dos procedimentos são fundamentais para o sucesso desse processo.

Fluxo Unidirecional de Roupas

Garantir que as roupas hospitalares sigam um fluxo unidirecional é crucial para manter a higiene e prevenir a contaminação cruzada. Abaixo está o fluxo operacional para as roupas hospitalares:

1. Recebimento de Roupas:

As roupas hospitalares são recebidas na área designada para processamento de roupas.

Um funcionário designado é responsável por verificar a integridade e a limpeza das roupas antes do processamento.

2. Triagem e Classificação:

As roupas são triadas e classificadas de acordo com o tipo de material (lençóis, uniformes, aventais, etc.) e o grau de sujidade.

Roupas com manchas ou danos são separadas para tratamento específico ou descarte.

3. Lavagem:

As roupas são lavadas em máquinas industriais com detergentes e desinfetantes apropriados.

São utilizadas temperaturas e ciclos de lavagem adequados para garantir a remoção eficaz de sujeira e microrganismos.





4. Secagem e Passagem:

Após a lavagem, as roupas são secas em secadoras industriais ou por meio de outros métodos apropriados.

As roupas são passadas a ferro em temperaturas elevadas para garantir a eliminação de qualquer microorganismo remanescente.

5. Embalagem e Armazenamento:

As roupas são dobradas ou penduradas e embaladas em sacos plásticos ou recipientes apropriados.

As roupas limpas e esterilizadas são armazenadas em áreas designadas, protegidas contra poeira e contaminação.

6. Distribuição:

As roupas são distribuídas para os setores do hospital conforme a demanda e os protocolos estabelecidos.

Elas são disponibilizadas para uso em cada área, garantindo que estejam acessíveis quando necessárias.

7. Uso:

As roupas são utilizadas pelos profissionais de saúde e pacientes de acordo com as necessidades e protocolos de segurança.

É importante seguir as instruções de uso e descarte seguro para evitar a contaminação cruzada.

8. Recolhimento e Descarte:

Após o uso, as roupas são recolhidas e encaminhadas para a área de descarte ou processamento de roupas sujas.

As roupas são lavadas e desinfetadas novamente ou descartadas de acordo com as políticas de gerenciamento de resíduos do hospital.



9. Limpeza e Manutenção:

As máquinas de lavagem e secagem são limpas e higienizadas regularmente para garantir sua eficácia.

Qualquer problema ou falha nas máquinas é relatado imediatamente para manutenção corretiva.

Ao seguir este fluxo unidirecional de roupas, o hospital pode garantir que as roupas utilizadas por profissionais de saúde e pacientes sejam limpas, higienizadas e livres de contaminação, contribuindo para um ambiente seguro e saudável para todos. A colaboração entre os funcionários e o cumprimento rigoroso dos procedimentos são fundamentais para o sucesso deste processo.

Fluxo Unidirecional de Resíduos de Saúde

Um fluxo unidirecional eficiente para resíduos de saúde é fundamental para garantir a segurança dos pacientes, profissionais de saúde e do meio ambiente. Abaixo está o fluxo operacional para o gerenciamento adequado desses resíduos:

1. Geração dos Resíduos:

Os resíduos de saúde são gerados em diferentes áreas do hospital, incluindo salas de cirurgia, enfermarias, laboratórios e unidades de tratamento intensivo.

Os resíduos podem incluir materiais contaminados, medicamentos vencidos, produtos químicos, materiais perfurocortantes, entre outros.

2. Acondicionamento Seguro:

Os resíduos são acondicionados imediatamente após a geração em recipientes adequados, como sacos plásticos resistentes, caixas rígidas ou recipientes específicos para materiais perfurocortantes.

Os recipientes devem ser identificados de acordo com o tipo de resíduo e os riscos associados.

3. Coleta Interna:

Os recipientes de resíduos são coletados regularmente por funcionários designados, utilizando equipamentos de proteção individual (EPI) adequados.



A coleta interna segue um cronograma pré-estabelecido e procedimentos seguros para evitar vazamentos ou derramamentos.

4. Armazenamento Temporário:

Os resíduos coletados são armazenados temporariamente em áreas designadas, como salas de resíduos ou depósitos específicos.

Essas áreas devem ser adequadamente ventiladas, com acesso restrito apenas a pessoal autorizado.

5. Transporte Externo:

Os resíduos armazenados temporariamente são transportados para uma área de armazenamento externa ou local de tratamento final.

O transporte é realizado por empresas especializadas e licenciadas, em veículos adequados e de acordo com as regulamentações locais.

6. Tratamento Final:

Os resíduos são tratados de acordo com sua classificação, utilizando métodos como incineração, esterilização, autoclavagem ou reciclagem.

O tratamento final é realizado em instalações apropriadas, que seguem as normas ambientais e de saúde e segurança ocupacional.

7. Monitoramento e Registro:

Todo o processo de gerenciamento de resíduos é monitorado e registrado, incluindo a quantidade e o tipo de resíduos gerados, coletados, armazenados e tratados.

Esses registros são mantidos para fins de conformidade regulatória e relatórios de desempenho.

8. Educação e Treinamento:

Os funcionários envolvidos no manuseio e gerenciamento de resíduos de saúde recebem treinamento adequado sobre os procedimentos seguros e regulamentações aplicáveis.

A educação contínua é fornecida para garantir o cumprimento das melhores práticas e atualizações regulatórias.



Ao seguir este fluxo unidirecional de resíduos de saúde, o hospital pode garantir o gerenciamento seguro e eficaz desses materiais, minimizando os riscos de contaminação e impactos negativos ao meio ambiente e à saúde pública. A colaboração entre todos os funcionários e o cumprimento rigoroso dos procedimentos são fundamentais para o sucesso deste processo.

AÇÕES VOLTADAS PARA A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Como Organização Social de Saúde, reconhecemos a importância vital de implementar ações estratégicas que promovam o recrutamento e seleção adequados, a educação permanente e a segurança do trabalho dos colaboradores nas unidades básicas de saúde. Nesta proposta técnica, descreveremos detalhadamente essas ações, destacando sua relevância para o bom funcionamento e a qualidade dos serviços prestados por essas unidades.

Recrutamento e Seleção

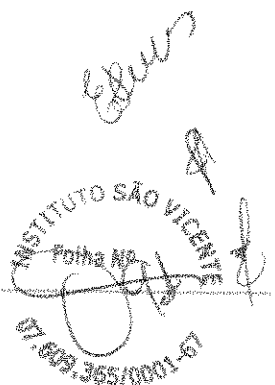
No âmbito do recrutamento e seleção, é fundamental adotarmos um processo criterioso que identifique profissionais alinhados com os valores e objetivos da Organização Social de Saúde. Isso implica na definição clara de perfis de cargos, na utilização de múltiplos canais de recrutamento e na aplicação de técnicas eficazes de entrevista e avaliação de desempenho.

Educação Permanente

A educação permanente é essencial para mantermos os profissionais atualizados e capacitados para enfrentar os desafios do cotidiano nas unidades básicas de saúde. Nesse sentido, propomos a implementação de programas de capacitação contínua, abrangendo temas relevantes como protocolos clínicos, humanização do atendimento e gestão de crises.

Segurança do Trabalho

A segurança do trabalho é uma prioridade absoluta para garantir o bem-estar e a integridade física dos colaboradores. Propomos, portanto, a adoção de medidas preventivas como avaliações periódicas de riscos ambientais, campanhas de conscientização e fornecimento de equipamentos de proteção individual adequados.





Conclusão

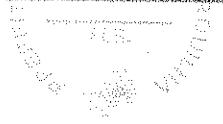
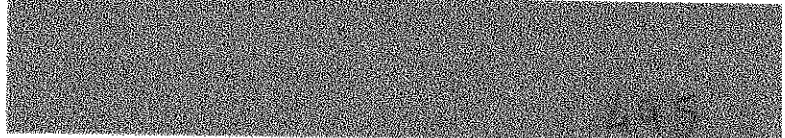
Como representantes da Organização Social de Saúde comprometidos com a excelência na gestão de recursos humanos, enfatizamos a importância dessas ações para assegurar o funcionamento eficaz e seguro dessas instituições. Estamos à disposição para implementar e monitorar essas medidas, visando sempre a melhoria contínua dos serviços prestados e o bem-estar dos colaboradores.

UNIDADE DE SAÚDE	Recrutamento, seleção, contratação e incorporação dos profissionais de saúde	No ato de assinatura do contrato, sendo o processo seletivo realizado em até 100 dias	Coordenador administrativo	Contínuo
	Elaboração de programas de educação permanente	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo, técnico e técnico de educação permanente	Único
	Realização de capacitações estratégicas para a implementação de UNIDADE	Até 90 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Mensal
	Avaliação de desempenho individual dos profissionais de UNIDADE	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo	Trimestral
	Implementação de programas de controle médico de saúde ocupacional - PCMSO	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo	Contínuo
	Contratação de pessoas com instituições de ensino das secretarias de saúde	Até 120 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo
	Implementação e implementação de programas de implementação de UNIDADE	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo
	Realização de pesquisas de satisfação do colaborador	Até 120 dias após a assinatura do contrato	Coordenador geral	Semestral
	Implementação e implementação de programas de promoção de saúde	Até 120 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo

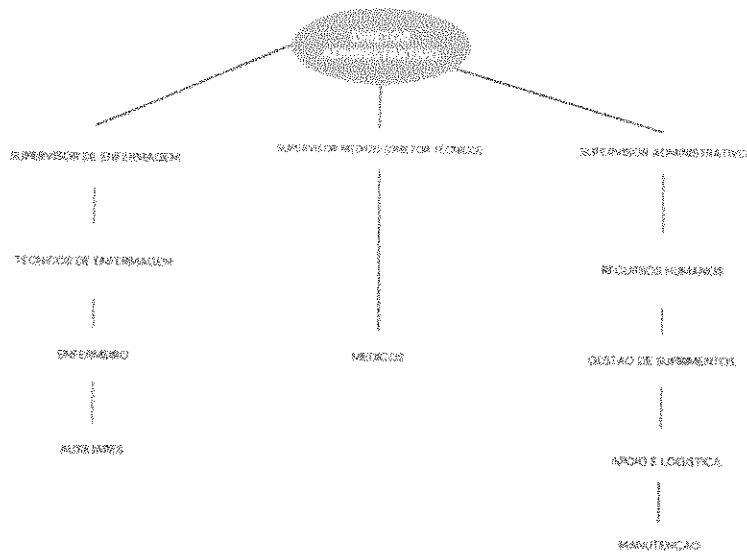
Estrutura organizacional para a unidade

Essa estrutura organizacional visa garantir uma gestão eficiente da unidade de saúde, priorizando o atendimento de qualidade e a satisfação das necessidades da comunidade local. A integração com a rede de assistência, a organização administrativa e a definição clara das atribuições de cada cargo são fundamentais para o sucesso das ações voltadas à saúde pública no interior do Ceará.

Assinatura
 INSTITUTO SÃO VICENTE
 Folha No
 01/001-51
 15-1000/506-0001-51



HOSPITAL



Direção Administrativa:

Diretor(a) Administrativo(a): Responsável pela gestão geral da unidade de saúde, incluindo supervisão de todos os departamentos e tomada de decisões estratégicas.

Gerente Administrativo(a): Auxilia o diretor administrativo nas suas funções e assume responsabilidades adicionais na sua ausência.

Departamento Clínico:

Diretor(a) Clínico(a): Médico(a) responsável pela coordenação dos serviços clínicos, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados médicos prestados.

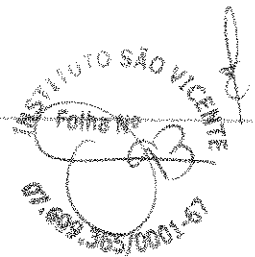
Enfermeiro(a) Chefe: Supervisiona as atividades de enfermagem, incluindo a administração de medicamentos, cuidados com pacientes e gestão de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Médicos(as) Especialistas: Responsáveis por consultas especializadas e procedimentos médicos específicos, conforme necessário.

Departamento Administrativo e Financeiro:

Gerente de Recursos Humanos: Encarregado de recrutamento, treinamento, avaliação de desempenho e gestão do quadro de funcionários.

Handwritten signature





Departamento de Apoio e Logística:

Gerente de Suprimentos: Responsável pelo gerenciamento de estoques de medicamentos, materiais médicos e equipamentos hospitalares.

Coordenador(a) de Manutenção: Encarregado de supervisionar a manutenção preventiva e corretiva das instalações físicas e equipamentos.

Essa estrutura organizacional visa promover uma gestão eficiente, garantindo que os recursos disponíveis sejam utilizados de forma otimizada para atender às necessidades de saúde da comunidade local. A integração com a rede de assistência, a organização administrativa eficiente e a definição clara de papéis e responsabilidades são fundamentais para o sucesso e a sustentabilidade desses hospitais nas pequenas cidades do interior do Ceará.

Organograma

Diretor Administrativo:

Responsável pela gestão global da unidade de saúde.

Supervisiona todas as áreas, garantindo o cumprimento das políticas e procedimentos estabelecidos.

Desenvolve estratégias para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Coordenador de Saúde:

Coordena as atividades relacionadas à assistência à saúde.

Gerencia equipes e recursos para garantir o atendimento adequado à comunidade.

Realiza o planejamento estratégico das ações de saúde.

Supervisor de Enfermagem:

Supervisiona as atividades dos profissionais de enfermagem.

Orienta e capacita a equipe para garantir a qualidade da assistência prestada.

Realiza o controle de estoque de materiais e medicamentos.



Supervisor de Atendimento:

Responsável pela gestão da recepção e atendimento ao público.

Organiza o fluxo de pacientes e otimiza o tempo de espera.

Soluciona eventuais problemas relacionados ao atendimento.

Enfermeiros:

Realizam atendimentos de enfermagem, incluindo curativos, administração de medicamentos e orientações.

Participam de programas de promoção e prevenção à saúde na comunidade.

Contribuem para a elaboração e implementação de protocolos assistenciais.

Recepcionistas:

Recebem e encaminham os pacientes para os setores adequados.

Realizam o cadastro e agendamento de consultas e exames.

Prestam informações sobre os serviços oferecidos pela unidade.

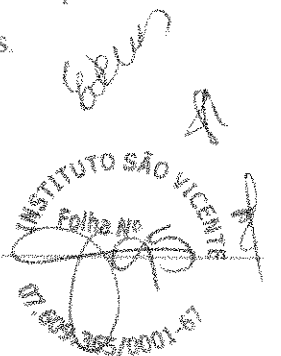
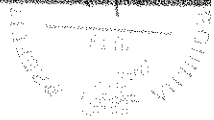
Técnicos de Enfermagem:

Assistência Direta ao Paciente: Os técnicos de enfermagem auxiliam os pacientes com as atividades diárias, como higiene pessoal, alimentação, mobilidade e conforto.

Monitoramento dos Sinais Vitais: Eles são responsáveis por medir e registrar sinais vitais dos pacientes, incluindo temperatura, pressão arterial, pulso e respiração, fornecendo informações cruciais para avaliar o estado de saúde do paciente.

Administração de Medicamentos: Sob supervisão adequada, os técnicos de enfermagem podem administrar medicamentos prescritos, seguir procedimentos corretos de dosagem e documentar a administração.

Coleta de Amostras: Eles realizam coleta de amostras de sangue, urina e outros fluidos corporais para análise laboratorial, seguindo os protocolos de coleta e manipulação adequados.





Auxílio em Procedimentos Médicos: Os técnicos de enfermagem auxiliam os médicos e enfermeiros durante procedimentos médicos e cirúrgicos, preparando materiais, posicionando os pacientes e fornecendo suporte durante o procedimento.

Monitoramento e Registro de Dados: Eles mantêm registros precisos das observações dos pacientes, dos procedimentos realizados e da administração de tratamentos, garantindo uma documentação completa e precisa do cuidado prestado.

Suporte Emocional: Além do cuidado físico, os técnicos de enfermagem também oferecem suporte emocional aos pacientes e suas famílias, fornecendo conforto, apoio e comunicação eficaz durante momentos difíceis.

Manutenção do Ambiente de Trabalho: Eles ajudam na manutenção da limpeza e organização do ambiente de trabalho, garantindo a conformidade com os padrões de segurança e higiene.

Educação do Paciente: Em muitos casos, os técnicos de enfermagem fornecem orientações básicas aos pacientes sobre cuidados pós-tratamento, medicação e prevenção de doenças, promovendo a autossuficiência e a saúde a longo prazo.

Colaboração em Equipe: Eles trabalham em estreita colaboração com outros membros da equipe de saúde, incluindo enfermeiros, médicos, terapeutas e assistentes sociais, para garantir uma abordagem abrangente e coordenada no cuidado ao paciente.

Atendentes Administrativos:

Prestam suporte administrativo à equipe de saúde.

Realizam atividades relacionadas à gestão de documentos e prontuários.

Auxiliam na elaboração de relatórios e planilhas de controle.

Auxiliares Administrativos:

Prestam suporte nas atividades administrativas da unidade.

Realizam o controle de entrada e saída de materiais e equipamentos.

Colaboram na organização de eventos e campanhas de saúde.



As rotinas gerenciais da equipe gestora

As rotinas gerenciais da equipe gestora em um hospital são essenciais para garantir o funcionamento eficiente de todas as áreas e o fornecimento de cuidados de saúde de qualidade aos pacientes. Abaixo, descrevo algumas das principais rotinas gerenciais:

1. Planejamento Estratégico:

A equipe gestora é responsável por desenvolver e implementar o planejamento estratégico do hospital, estabelecendo metas, objetivos e diretrizes a longo prazo.

Isso inclui a análise do ambiente externo e interno, identificação de oportunidades e desafios, definição de prioridades e alocação de recursos.

2. Gestão de Recursos Humanos:

A equipe gestora supervisiona o recrutamento, seleção, contratação e treinamento de funcionários.

Eles também são responsáveis por avaliar o desempenho dos colaboradores, promover o desenvolvimento profissional e lidar com questões de gestão de pessoal, como escalas de trabalho e conflitos.

3. Gestão Financeira:

A equipe gestora é encarregada de elaborar e monitorar o orçamento do hospital, garantindo que os recursos financeiros sejam utilizados de forma eficaz e eficiente.

Eles também supervisionam a contabilidade, faturamento, controle de custos, gestão de receitas e despesas, bem como a negociação com fornecedores e prestadores de serviços.

4. Gestão de Qualidade e Segurança:

A equipe gestora é responsável por garantir a qualidade e segurança dos serviços prestados pelo hospital.

Isso inclui o desenvolvimento e implementação de políticas e procedimentos de qualidade, avaliação de riscos, monitoramento de indicadores de desempenho e implementação de melhorias contínuas.



5. Gestão de Operações:

A equipe gestora supervisiona as operações diárias do hospital, garantindo o funcionamento eficiente de todas as áreas, desde o atendimento ao paciente até a manutenção e segurança das instalações.

Eles também coordenam a logística hospitalar, incluindo o abastecimento de materiais e equipamentos, gestão de estoque e manutenção predial.

6. Relacionamento Institucional:

A equipe gestora mantém relacionamentos com outras instituições de saúde, órgãos reguladores, comunidade local e partes interessadas externas.

Eles representam o hospital em eventos, colaboram com iniciativas comunitárias e participam de redes de saúde regionais.

7. Comunicação e Transparência:

A equipe gestora é responsável por garantir uma comunicação clara e transparente com todos os stakeholders do hospital, incluindo pacientes, familiares, colaboradores e comunidade.

Eles fornecem atualizações regulares sobre as atividades do hospital, políticas e procedimentos, e respondem a perguntas e preocupações.

Essas são apenas algumas das rotinas gerenciais desempenhadas pela equipe gestora em um hospital. É fundamental que eles trabalhem em conjunto para garantir a eficácia e o sucesso operacional da instituição, sempre priorizando a segurança e o bem-estar dos pacientes e colaboradores.

Proposta de educação permanente para os profissionais

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada em 2004, com o objetivo de orientar a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde em todo o país. A PNEPS é uma política transversal que se articula com outras políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à melhoria da qualidade da assistência em saúde prestada à população.

A PNEPS busca promover a integração entre os processos de trabalho, gestão, educação e saúde, visando à construção de redes de atenção à saúde mais efetivas e eficientes. Essa política se baseia em três pilares fundamentais:



Trabalho em equipe: A PNEPS estimula a formação de equipes multidisciplinares e interprofissionais, que atuem de forma integrada e coordenada na atenção à saúde. A colaboração entre os diferentes profissionais de saúde é fundamental para a promoção de uma assistência integral e humanizada.

Educação permanente: A PNEPS reconhece a educação permanente como um processo contínuo e dinâmico de formação e desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e políticas dos profissionais de saúde. A formação continuada é essencial para atualização dos conhecimentos, práticas e tecnologias, visando a melhoria da qualidade da assistência em saúde prestada à população.

Gestão participativa: A PNEPS propõe uma gestão participativa, com a participação ativa dos profissionais de saúde e da comunidade nas decisões e ações relacionadas à saúde. A gestão participativa visa à melhoria da qualidade da assistência em saúde e ao fortalecimento da democracia participativa.

A implementação da PNEPS depende da articulação entre gestores, profissionais de saúde, instituições formadoras, entidades representativas dos trabalhadores e usuários do SUS. A PNEPS se baseia em diretrizes, objetivos e metas que devem ser aplicados em todos os níveis de gestão do SUS.

A PNEPS tem como principais desafios a articulação com outras políticas do SUS, a promoção da cultura da educação permanente em saúde, a superação de resistências institucionais, a formação de equipes multidisciplinares e interprofissionais, e a incorporação da gestão participativa na prática cotidiana dos serviços de saúde.

Em síntese, a PNEPS é uma política estratégica para a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde, com o objetivo de fortalecer o SUS e melhorar a qualidade da assistência prestada à população. A implementação da PNEPS requer um esforço conjunto e contínuo de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde.

A educação permanente é um processo de formação contínua que visa aprimorar as competências técnicas, científicas e éticas dos profissionais de saúde, visando a melhoria da qualidade da assistência prestada à população. Uma proposta de educação permanente para os profissionais de saúde deve considerar as necessidades e demandas locais, bem como os desafios e oportunidades oferecidos pelo contexto socioeconômico e cultural.

Edson
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
[Handwritten signature]
07.609.365/0001-67



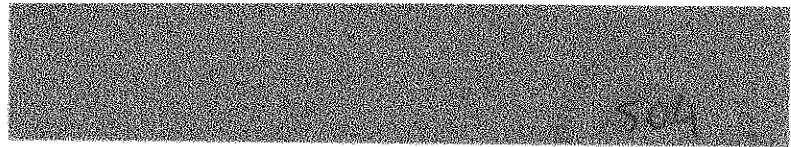
A seguir, apresento uma proposta de educação permanente para os profissionais de saúde:

- Identificação das necessidades de formação: O primeiro passo é identificar as necessidades de formação dos profissionais de saúde, por meio de uma análise das demandas locais e das competências exigidas para o exercício das atividades. Essa identificação pode ser realizada por meio de pesquisas, entrevistas, grupos focais, entre outras estratégias.
- Definição dos objetivos e conteúdos: Com base nas necessidades identificadas, é possível definir os objetivos e conteúdos da formação continuada. Os objetivos devem ser claros, mensuráveis e alinhados com as políticas e diretrizes do SUS. Os conteúdos devem ser atualizados, relevantes e baseados em evidências científicas.
- Seleção de metodologias: A seleção das metodologias de ensino-aprendizagem é fundamental para o sucesso da formação continuada. As metodologias devem ser variadas, participativas e adequadas às características dos profissionais de saúde e dos conteúdos a serem abordados. Podem ser utilizadas palestras, debates, estudos de caso, simulações, entre outras estratégias.
- Implementação do programa de formação: A implementação do programa de formação continuada deve ser planejada e organizada de forma cuidadosa, levando em consideração as necessidades e disponibilidades dos profissionais de saúde. É importante que haja apoio institucional e recursos financeiros adequados para a realização das atividades de formação.
- Avaliação do programa: A avaliação do programa de formação continuada é fundamental para o seu aprimoramento e adequação às necessidades dos profissionais de saúde e da população. Devem ser avaliados os resultados alcançados, a satisfação dos profissionais de saúde, a efetividade das metodologias utilizadas e os impactos na qualidade da assistência prestada.
- Monitoramento e manutenção do programa: O programa de formação continuada deve ser monitorado e mantido ao longo do tempo, com atualizações e adaptações conforme as necessidades e demandas locais. É importante que haja um comprometimento institucional com a continuidade e a sustentabilidade do programa de formação continuada.



Essa é uma proposta básica de educação permanente para os profissionais de saúde, que pode ser adaptada de acordo com as especificidades e necessidades de cada contexto local. É fundamental que a formação continuada seja vista como um investimento na qualidade da assistência prestada e na valorização dos profissionais de saúde, visando a melhoria da saúde da população.

Edius
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha nº
[Handwritten Signature]
19.1000/585.609.10



INSTITUTO SÃO VICENTE
FOLHA Nº

ANEXOS

Colares
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
102
07.609.365/0001-67

505

código de **Ética**



INSTITUTO
SÃO VICENTE

www.institutosaovicente.com.br

Código de Ética

INSTITUTO SÃO VICENTE

2023

Sumário

1. MENSAGEM DO PRESIDENTE
2. CULTURA ORGANIZACIONAL
3. CONCEITOS
4. PRINCÍPIOS INSTITUCIONAIS
5. RESPONSABILIDADE DO COLABORADOR
6. PROTEÇÃO AO PATRIMÔNIO
7. CONDUÇÃO ÉTICA PROFISSIONAL
 - 6.1. Atuação ético profissional
 - 6.2. Atendimento ao cliente
 - 6.3. Relação com colegas de trabalho
 - 6.4. Relação com fornecedores e distribuidores de produtos
 - 6.5. Relação com a esfera pública
 - 6.6. Fiscalização do poder público
 - 6.7. Cuidados no período prévio à contratação de terceiros
 - 6.8. Cuidados no período posterior à contratação de terceiros
 - 6.9. Relação com o meio ambiente
 - 6.10. Brindes
 - 6.11. Viagens
 - 6.12. Doações e patrocínios
 - 6.13. Contribuições a causas beneficentes
 - 6.14. Das fraudes e corrupção
 - 6.15. Conflito de interesse
 - 6.16. Contratação de colaboradores
8. AMBIENTE DE TRABALHO
9. UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES
10. AUDITORIA INTERNA E EXTERNA

Mensagem do Presidente:

507

O Código de Ética reflete as diretrizes, as convicções e os valores os quais pautam as práticas éticas e comportamentais, fazendo parte da crença e do propósito de empresas. Para o Instituto São Vicente (ISV), este Código de Ética Institucional possui diretrizes pautadas nos princípios da honestidade, integridade e lealdade norteadores de todos os processos e práticas da gestão. Nossos valores - Justiça, Sustentabilidade, Solidariedade e Responsabilidade - regem as decisões e as relações construídas com públicos internos e externos.

Queremos assegurar que os colaboradores e representantes do ISV observem as normas e os requisitos da Lei Anticorrupção, de forma a garantir a adoção dos mais elevados padrões de integridade, legalidade e transparência durante a condução da sua atividade.

Esse código é uma referência para todos, por isso o seu conteúdo deve ser conhecido pelos colaboradores, fornecedores, terceiros contratados e/ou estagiários, incluindo as Supervisões, Gerências, Superintendências e Diretorias, sendo o seu descumprimento passível de aplicação das medidas disciplinares estabelecidas.

Temos o compromisso da transparência, da honestidade e da ética institucional, com a convicção de que estamos trabalhando para alcançar o nosso propósito, transformar a saúde para o bem-estar social. Pois, juntos somos mais, juntos somos ISV.

1 | Cultura Organizacional

Missão: Promover a excelência na gestão de saúde.

Visão: Ser reconhecido nacionalmente em gestão de saúde de forma sustentável, inovadora e transparente.

Valores: Justiça; Solidariedade; Responsabilidade e Sustentabilidade

Propósito: Transformar a saúde para o bem-estar social.

2 | Conceitos

ISV - O termo ISV abrange não apenas a matriz do Instituto, mas todas as unidades sob a sua gestão.

Carvalho
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No 105
10.539.365/0001-67

- 11. MANUTENÇÃO DE REGISTROS E CONTABILIZAÇÃO PRECISA
- 12. CONSCIENTIZAÇÃO E TREINAMENTO
- 13. CERTIFICADOS
- 14. COMUNICAÇÃO E DECLARAÇÕES À IMPRENSA
- 15. REDES E MÍDIAS SOCIAIS
- 16. PROPRIEDADE INTELECTUAL E PROTEÇÃO DE MARCA
- 17. PESQUISA CIENTÍFICA
- 18. GESTÃO DO APRENDIZADO E ENSINO
- 19. CANAL PARA DENÚNCIAS
- 20. SANÇÕES
- 21. REVISÃO DE PROGRAMA ANTICORRUPÇÃO
- 22. DOCUMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO
- 23. DISPOSIÇÕES GERAIS
- 24. TERMO DE CONHECIMENTO E COMPROMISSO
- 25. ANEXO | - MODELO DE DECLARAÇÃO

509

COMPLIANCE - O termo Compliance é originário do verbo, em inglês, "to comply," que significa cumprir, executar, satisfazer e realizar o que foi imposto conforme a legislação e regulamentação aplicável à atividade.

CORRUPÇÃO - É o abuso de poder ou autoridade, por uma pessoa, para obter vantagens para si. A forma mais comum de corrupção é o suborno.

LEI ANTICORRUPÇÃO - O ISV, seus fornecedores e parceiros, estão obrigados a observar a Lei 12846, de 2013 (Lei Anticorrupção do Brasil), e todas as leis e normas aplicáveis nos termos da legislação brasileira.

SUBORNO - Consiste no ato de dar ou receber dinheiro presente ou outra vantagem como forma de indução à prática de qualquer ato desonesto, ilegal ou de quebra de confiança na prática de suas funções.

PRESENTE - Trata-se de qualquer coisa de valor que é dada ou recebida devido a uma relação comercial e pela qual o receptor não tem que pagar o valor justo de mercado.

AGENTE PÚBLICO - É considerado "agente público" qualquer pessoa que exerça cargo, emprego ou função pública ou em entidade paraestatal, incluindo; Servidor das esferas Federal, Estadual e Municipal, dos 3 poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário);

- Funcionários/servidores de empresas controladas pelo governo (empresas estaduais de saneamento, Petrobras, Eletrobras, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, BNDES, Aneel, etc.);
- Aquele que trabalha para empresa prestadora de serviço contratada para execução de atividade típica da administração pública;
- Diretores e funcionários de qualquer entidade governamental em nível nacional, estadual, regional, municipal ou local, inclusive os dirigentes eleitos;
- Qualquer pessoa física agindo temporariamente de forma oficial para ou em nome de qualquer entidade governamental (como, por exemplo, um consultor contratado por uma agência governamental);
- Candidatos a cargos políticos em qualquer nível, partidos políticos e seus representantes;
- Agentes de administração pública estrangeira;
- Representações diplomáticas de país estrangeiro ou órgãos e entidades estatais;
- Pessoas jurídicas controladas pelo poder público de país estrangeiro;
- Organizações públicas internacionais;
- Quem, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, exerça cargo, emprego ou função pública em órgãos, entidades estatais ou em representações diplomáticas de país estrangeiro.

BRINDES: Todos os produtos distribuídos aos colaboradores a título não oneroso;

COMISSÃO DE ÉTICA INSTITUCIONAL: Instância independente, incumbida prioritariamente da aplicação do Código de Ética.

3 | Princípios Institucionais

- 01- Transformar as unidades de saúde em verdadeiros centros de referência na qualidade do atendimento ao paciente;
- 02- Atuar na Gestão das unidades de saúde sempre com eficiência e eficácia, buscando economicidade e o melhor resultado;
- 03- Proporcionar aos cidadãos os melhores serviços de saúde.

4 | Responsabilidade do Colaborador

Todos os profissionais que atuam no ISV devem: Servir aos clientes com prontidão, competência e profissionalismo; Assegurar o cumprimento das leis e regulamentos internos; Cumprir e fazer cumprir as diretrizes desta política; Comunicar à direção da unidade ou superior imediato qualquer violação da política; Cooperar com qualquer processo interno e externo de apuração que visem elucidar eventos relacionados a atitudes dos profissionais; Usar os recursos de modo eficiente e responsável; Trabalhar com equidade, promovendo um serviço que não varie de acordo com as características pessoais.

5 | Proteção ao Patrimônio

Os bens móveis e imóveis, geridos pelo ISV, tanto os de propriedade do poder público ou privado, bem como os próprios da instituição, devem ser utilizados com zelo, pelos colaboradores, respeitando as regras de utilização, definidas pelo ISV, evitando, assim, danos e deterioração destes.

Caso os colaboradores não estejam aptos a manusear algum equipamento, deverá ser solicitada, ao setor de treinamento, uma capacitação para utilização adequada do bem. É proibida a utilização dos referidos bens para fins particulares, bem como retirá-los do local de trabalho sem autorização prévia, nem omitir informações sobre seu extravio, devendo, o colaborador, responsabilizar-se pela salvaguarda e proteção dos ativos em seu poder ou a ele delegados.

Os bens móveis e imóveis geridos pelo ISV e os que são de sua propriedade devem ser usados exclusivamente para as finalidades estabelecidas pelo instituto.



[Handwritten signature]
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
[Handwritten signature]
07.609.365/0001-67

Os bens e direitos são confiados aos colaboradores responsáveis por sua salvaguarda, sendo evitado o desperdício, perda, danos, roubo, mau uso, furto ou abuso.

Todos os avisos e informações anexadas aos flanelógrafos ou murais do ISV necessitarão de autorização expressa do Centro de Estudos, vinculado à Diretoria de Ensino e Gestão da entidade.

06] Condução ética Profissional

O ISV preza por boas condutas e respeito ao próximo, zelando pela gentileza, justiça e solidariedade para com seus colaboradores e com pacientes, acompanhantes, familiares e visitantes.

6.1. Atuação ético profissional

- Os padrões de conduta a seguir dispostos definem as expectativas mínimas de princípios éticos a serem respeitados por todos que compõem o ISV;
- Os erros sejam reconhecidos comunicados ao responsável e corrigidos, sempre que possível, a fim de minimizar os danos com os envolvidos;
- Não realizar a prática de comércio ou prestação de serviços particulares no ISV e nas unidades sob sua gestão;
- Não realizar o repasse para terceiros ou para fins pessoais de metodologias, tecnológicas ou material produzido pelo colaborador em decorrência de sua atividade dentro do ISV;
- Haja uma boa utilização do seu tempo de trabalho, evitando tratar e resolver assuntos pessoais no horário de trabalho;
- Os profissionais não devem se ausentar do ambiente de trabalho, sem aviso prévio aos superiores e/ou pares;
- Sejam respeitadas as orientações da Segurança e Medicina do Trabalho, SESMT, que normatizam a segurança e a proteção de todos colaboradores, clientes, acompanhantes e visitantes;
- Respeitar a propriedade da Instituição, do cliente e/ou do colega de trabalho, devolvendo ao setor responsável o boleto encontrado com registro do local, da hora e da data;
- Proceder com os registros dos seus atos na Instituição, seja por meio de sistemas informatizados ou documentos da área assistencial ou administrativa, de forma clara, identificada e datada;
- Zelar pelos documentos da Instituição;
- Trabalhar em grupo e compartilhar informações com seus colegas;

- É proibida toda e qualquer manifestação de atividade político partidária no ambiente de trabalho, sendo vedado o uso de cargo hierárquico ou o nome do ISV nas atividades particulares de que participar;
- Não comparecer ao local de trabalho com sinais de embriaguez e/ou uso de entorpecentes, assim como odor de bebida alcoólica;
- Não realizar ações e/ou reações que denotem desequilíbrio emocional ou agressões assim como ofensas e humilhações a qualquer pessoa em situações de conflito;
- Evitar conversas e comentários sobre assuntos inadequados, de caráter institucional ou não;
- Não acessar conteúdos impróprios em sites ou mesmo nos computadores das Instituições;
- É proibida a realização em unidades de emergência de exames de rotina, checkups e/ou outros que não se trate de hipóteses emergenciais por colaboradores e familiares de médicos do ISV, atendendo a interesses privados.

6.2. Atendimento ao cliente

Para proporcionar ao cliente um serviço de qualidade, devem-se seguir as recomendações listadas:

- Não são permitidas demonstrações de atitudes discriminatórias de pessoas, sejam em decorrência da cor, do sexo, da religião, da origem, da classe social, da idade, incapacidade física ou mental e orientação sexual;
- Respeito às opiniões dos clientes;
- As respostas devem ser claras e rápidas para atender aos anseios do cliente no que diz respeito ao serviço prestado;
- Caso o responsável pelo atendimento tenha alguma dificuldade com o cliente, solicitar a presença de seu superior para auxiliar na melhor conduta para a situação em pauta;
- Não tratar de questões de relacionamento intra e extra equipe na presença dos clientes;
- Agir sempre com profissionalismo e comprometimento;
- Não deixar o cliente sem resposta ou sem orientação;
- Chamar as pessoas sempre pelo nome com o devido pronome (Sr./ Sra.) caso necessário, evitando o uso de apelidos, gírias, ou outras formas de tratamentos informais;
- Não será aceita a omissão do atendimento necessário ao cliente.

6.3. Relação com colegas de trabalho

Para propiciar um ambiente de trabalho harmonioso e cortês, as relações de trabalho devem ser respeitadas e honestas. Para isso não será permitido:

- Macular a imagem de colegas por meio de comentários ou boatos maldosos, sejam esses de cunho pessoal ou sobre seu desempenho profissional;
- Iniciar ou dar continuidade a boatos e falsas informações;
- Dificultar procedimentos de trabalho e/ou omitir informações que impactem na execução das funções dos colegas.

6.4. Relação com fornecedores e distribuidores de produtos

Os fornecedores e prestadores de serviços deverão ser tratados com justiça, integridade e sem discriminação e dentro de um processo de qualificação de fornecedores.

O ISV espera que seus fornecedores e prestadores de serviço estejam alinhados com as diretrizes desta política.

A contratação de fornecedores e prestadores de serviços deve ser baseada exclusivamente nas necessidades do ISV, devendo seguir critérios legais, técnicos, profissionais e éticos.

As decisões de compra devem ser baseadas, além dos valores e condições negociadas, em um julgamento quanto à confiabilidade e integridade do fornecedor.

As relações com fornecedores e prestadores de serviços seguirão as seguintes diretrizes, entre outras:

- O relacionamento entre o ISV e seus fornecedores deve acontecer sempre no âmbito institucional;
- Dar total transparência aos processos de aquisição de bens e serviços, obedecendo estritamente ao disposto no Regulamento de Aquisições de Bens e Contratação de Serviços e na Política Institucional de Qualificação de Fornecedores do ISV;
- Manter processos de negociação e contratação registrados de forma clara e transparente;
- As condições contratuais devem ser explícitas, documentadas e cumpridas de acordo com a legislação vigente e com as práticas do mercado;
- Atendimento aos requisitos de especificações técnicas, qualidade, preço e condições de pagamento definidas pelo ISV;
- Postura ética e idoneidade na apresentação dos serviços e produtos;

- A empresa deve apresentar condições técnicas e de regularidade fiscal da empresa, favoráveis para a execução do serviço ou para a venda do produto;
- Não serão admitidos subornos nem favores pessoais por partes dos fornecedores;

NOTA: os processos de aquisições de bens e serviços devem ser regidos por licitude e reportados ao Manual de Contratação de bens e serviços do ISV em vigor.

O relacionamento com fabricantes e distribuidores de produtos deve ser baseado na troca de informações que levem ao desenvolvimento das atividades contribuindo para a eficiência, segurança e transparência na exposição de vantagens e riscos de produtos e soluções.

O atendimento de fornecedores deverá ser feito sempre pelo setor técnico competente, mediante prévio agendamento, registrado em controle informatizado do ISV.

Havendo mais de uma pessoa no setor técnico competente para o atendimento do fornecedor, deverá ser feito um rodízio entre os colaboradores, sempre com duas pessoas participando das reuniões

6.5. Relação com a esfera pública

O ISV tem neutralidade política e não fará contribuições, a partidos ou organizações políticas ou a candidatos a cargos eletivos.

Nenhum colaborador poderá, direta ou indiretamente, oferecer, conceder, prometer ou autorizar a entrega de valores monetários ou outros recursos a um agente público.

Nenhum colaborador ou representante que atue em nome do ISV pode se valer da oferta, promessa ou autorização de pagamento c/ou doação como instrumento de obtenção c/ou manutenção de negócios e/ou vantagens indevidas em órgãos de governo.

A gestão da verba pública deve ser feita com transparência, devendo prevalecer a lisura e registros de todas as transações e estes devem ser disponibilizados para fins de prestação de contas, seguindo a legislação em vigor.

Os colaboradores deverão, sempre, manter uma atitude de respeito e colaboração com os representantes das autoridades no âmbito de suas competências e nos processos de investigação e fiscalização.

Não devem ser realizadas contribuições em troca de favores ou a mando de qualquer funcionário público, mesmo que o favorecido seja uma instituição beneficente genuína.

O relacionamento institucional com os clientes da esfera da administração pública deverá ocorrer, sempre que possível, com o maior nível de formalização e documentação interna das conversas, comunicações e reuniões. As seguintes precauções são incentivadas, pois permitem um maior controle desta interação:

Requisitar formalmente a realização de reuniões com agentes públicos, utilizando-se dos canais ou procedimentos institucionais utilizados por cada órgão ou entidade da administração pública;

Consideradas as particularidades econômicas e técnicas do exercício de sua atividade, não realizar ou participar de reuniões estrategicamente relevantes com agentes públicos desacompanhado de outro membro ou representante do ISV.

Essa cautela poderá ser dispensada, dentre outras hipóteses, em caso de reuniões corriqueiras ou formais, ou ainda nos casos em que a presença de dois (ou mais) representantes seja, técnica ou economicamente, impraticável;

Elaborar atas internas das reuniões com agentes públicos, de maneira de manter o registro do que foi discutido. A prática deverá ponderar a necessidade e razoabilidade de registro, desprezando-se o formalismo exagerado e o registro de práticas corriqueiras no relacionamento com os agentes públicos;

Manter o registro interno das etapas de relacionamento com agentes públicos, bem como das informações recebidas por eles.

6.6. Fiscalização do poder público

É vedado dificultar as atividades envolvidas em possível investigação ou fiscalização realizada por órgãos, entidades ou agentes públicos, ou intervir indevidamente em sua atuação. Deve-se ter como diretrizes a acessibilidade de documentos e informações relativas às contratações e prestação de serviços para órgãos ou entidades do poder público e o cumprimento das seguintes cautelas:

Assegurar a proibição de atos para dificultar ou fraudar investigação ou fiscalização de órgãos, entidades ou agentes públicos, incluindo, mas não se limitando à corrupção de policiais, fiscais, gerentes e auditores para coleta de informações privilegiadas e/ou a não realização de investigações/acareações/diligências na empresa;

Realizar a correta prestação de contas, com a divulgação de informações completas, objetivas e tempestivas;

Solicitar atas das atividades realizadas, contendo data, agente público responsável e a síntese do que foi vistoriado;

Manter registros internos sobre a realização destas atividades pelo poder público.

6.7. Cuidados no período prévio a contratação de terceiros

Sempre que forem contratados despachantes, advogados, consultorias em geral ou qualquer terceiro para atuar em nome do Instituto São Vicente perante as autoridades governamentais, ainda

que para realização de meras atividades como pagamento de tributos, sujeição a fiscalização, ou obtenção de autorizações, licenças, permissões e certidões, deve-se realizar um processo de due diligence para avaliar seus antecedentes, reputação, qualificações, controlador final, situação financeira, credibilidade e histórico de cumprimento das leis anticorrupção.

6.8. Cuidados no período posterior à contratação de terceiros

Após a contratação do terceiro, é dever do responsável pela contratação acompanhar suas atividades, sempre atento a eventuais sinais de alerta ou questões relacionadas às leis anticorrupção.

O contratante poderá optar pela rescisão contratual sem custo, caso a contratada pratique atos lesivos à administração pública, nacional ou estrangeira.

6.9. Relação com o meio ambiente

A relação do ISV com meio ambiente deve ser pautada por comportamentos e atitudes éticas promovendo um conceito de saúde adequado à sociedade como um todo, através de um modelo sustentável e para tanto adota as seguintes medidas:

Agir de forma preventiva em relação aos riscos potenciais do meio ambiente, à saúde e à segurança das pessoas, evitando desperdícios e atitudes inseguras;

Controlar o desperdício do consumo de produtos e serviços que possam prejudicar o meio ambiente;

Descartar adequadamente o lixo produzido;

Utilizar produtos e serviços sócios ambientalmente responsáveis;

Reduzir, reutilizar e reciclar materiais e produtos, se possível.

6.10. Brindes

O ISV proíbe, expressamente, os seus colaboradores de receberem presentes, benefícios ou vantagens de qualquer espécie de fornecedores e prestadores de serviços.

Somente poderão ser aceitos, na ocasião de divulgação habitual ou de eventos comemorativos, brindes promocionais/institucionais, sem valor comercial, ou bens cujo valor agregado não supere o valor referente a 1/4 (um quarto) do salário mínimo nacional. Contudo, valores em dinheiro, a título de cortesia, nunca devem ser aceitos.

Presentes com valores expressivos acima de 1/4 (um quarto) do salário mínimo nacional não podem ser aceitos. O colaborador deve fazer a devida justificativa pelo não recebimento, informando a existência da política de anticorrupção a todos os stakeholders (clientes, fornecedores, prestadores de serviços, etc.) envolvidos.

Qualquer convite, presente ou brinde que, por sua habitualidade, características ou circunstâncias, possam ser interpretadas como sendo feito com intenção de afetar o critério imparcial do recebedor, para favorecimento de negociações, por exemplo, deverá ser recusado e levado ao conhecimento da Comissão de Ética Institucional do ISV. Considera-se presumivelmente habitual todo brinde entregue com frequência inferior a um ano.

6.11. Viagens

Excepcionalmente, pode ser justificável que clientes, fornecedores ou outros parceiros paguem as despesas de viagem de cunho profissional de colaboradores do ISV. O colaborador deve comunicar a Comissão de Ética Institucional do ISV, que irá analisar:

Edius
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
14
19-1001/59765/0001-45

- Valores envolvidos;
- Finalidade primária da viagem - apenas negócios;
- Roteiro e duração da viagem, para que o destino não se caracterize como passeio turístico ou férias;
- Análise da classe da viagem;
- Exclusão de familiares.

6.12. Doações e patrocínios

As doações feitas ao ISV e as unidades sob sua gestão, sejam para fins de pesquisa, assistência, educação ou outra finalidade, devem ser validadas por membro da Comissão de Ética Institucional do ISV e da Diretoria Executiva do ISV.

As doações devem ser atos descomprometidos, não havendo nenhuma vantagem ou contrapartida comercial para o doador.

As doações recebidas devem ser registradas de forma apropriada, tratando-se de bens móveis e imóveis, esses devem ser feito o termo de doação, o mesmo deve ser assinado pelo doador e o bem deve ser tombado pelo ISV, conforme normativos internos.

Patrocínio aos eventos promovidos pelo ISV e suas unidades devem ser devidamente registrados e contabilizados, conforme normas internas.

As contrapartidas dos patrocínios devem ser claras, detalhadas e devem estar filmadas em termo de contrato entre as partes.

Qualquer colaborador que seja abordado por pessoas ou empresas interessadas em realizar patrocínios e/ou doações devem direcionar esses casos para Comissão de Ética Institucional do ISV e/ou Diretoria Executiva do ISV.

Para realização de eventuais doações pelo ISV, deverá ser feita uma análise criteriosa para verificar se a entidade beneficiada não tem relação com familiares ou sócios de servidores públicos que tenham vínculo com a atividade do ISV.

6.13. Contribuições a causas beneficentes

As práticas do ISV determinam que não devem ser realizadas contribuições em troca de favores com qualquer funcionário público, mesmo que o favorecido seja uma instituição beneficente genuína.

Doação realizada a instituições em que o funcionário público - ou o membro de sua família - tenha uma função pública ou realizada a mando de um funcionário público pode levantar a questão sobre leis anticorrupção.

Autoridades regulatórias têm entendido que fazer uma doação para uma instituição de caridade associada com um funcionário público pode conferir um benefício para este para fins da Lei Anticorrupção.

NOTA: A instituição a ser beneficiada com a doação deverá apresentar documento declarando que não tem relação com familiares até segundo grau ou sócios de servidores públicos que tenham vínculo com a atividade do Instituto São Vicente - ISV. No Anexo I, apresentamos modelo de declaração a ser utilizada.

Doações devem ser realizadas apenas por razões filantrópicas legítimas, como para servir os interesses humanitários e de apoio às instituições culturais ou educacionais.

As regras e procedimentos abaixo devem ser observados quando da contribuição a causas beneficente:

Os pedidos de contribuição devem ser feitos por escrito, devendo ser especificados, no mínimo, a pessoa ou organização que solicita a contribuição, o objetivo da contribuição e o valor requisitado.

Os pedidos devem ser cuidadosamente analisados, para que se verifique se a contribuição não irá fornecer benefício pessoal a algum funcionário público e se a instituição está registrada nos

Nos termos da legislação aplicável;

A contribuição deve ser realizada à instituição registrada nos termos da legislação aplicável;

A contribuição deve ser aprovada pela Comissão de Ética Institucional do ISV;

O ISV deve realizar o monitoramento periódico das instituições beneficiadas, de modo a verificar se as organizações dispõem de mecanismos de sustentabilidade para garantir sua existência independentemente das contribuições recebidas;

A contribuição deve ser realizada à instituição, e não à pessoa física, e em nenhuma circunstância o pagamento deve ser feito em dinheiro ou por meio de depósito em conta corrente pessoal;

É necessário obter comprovante de recebimento de toda a contribuição realizada à causa beneficente.

6.14. Das fraudes e corrupção

Colaboradores e profissionais não poderão aceitar, participar ou ser coniventes com qualquer forma de fraude, corrupção e/ou sonegação fiscal.

O ISV não deverá oferecer pagamento à representante governamental, funcionários públicos, candidatos a cargos públicos ou outras entidades ou indivíduos para qualquer finalidade.

Não será admitido qualquer ato nocivo à administração pública ou qualquer outra entidade ou indivíduo os quais o ISV mantenha vínculo ou parceria.

Qualquer suspeita de ato de corrupção ativo ou passivo deve ser comunicado imediatamente a ouvidoria da unidade, diretoria da unidade e diretoria executiva do ISV.

6.15. Conflito de interesse

O conflito acontece quando o interesse pessoal de alguém entra em choque com os interesses institucionais. Isso pode ocorrer em situações que vão de uso do tempo de trabalho para fins pessoais até relações com fornecedores ou prestadores de serviços.

O ISV reconhece e respeita o direito do colaborador de participar de negócios externos ao Instituto, desde que tais negócios sejam efetuados dentro da lei e não tragam impactos diretamente ou indiretamente ao ISV, e não interfiram no desempenho de suas funções e responsabilidades.

É estritamente proibido aos colaboradores:

A utilização de qualquer recurso do ISV ou sob sua gestão, seja estrutura física ou de acesso a pessoas ou informações, em benefício próprio, de familiares e/ou amigos;

Eduardo
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
116
01.000.365/0001-67

A utilização do tempo que deveria ser dedicado ao ISSSV para realizar outras atividades de cunho particular;

Promover serviços e produtos externos ao ISV.

6.16. Contratação de colaboradores

Toda contratação de profissional para o ISV e para as suas demais unidades devem ter como base o mérito e passar pelo processo de recrutamento e seleção estabelecido no Regulamento de Pessoal do ISV.

Não é admitida a contratação de funcionários que tenham sido, exclusivamente, indicados pelo serviço público.

Na hipótese de contratação de ex-agente público se faz imprescindível a análise da legislação de modo que se verifique se não há violação do período de quarentena.

O servidor público de qualquer dos Poderes do Estado do Ceará, suas autarquias ou fundações, poderá integrar o quadro do ISV, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, desde que, respeitada a compatibilidade de horários, e não exerça, no serviço público, cargo em comissão ou função de confiança, nem possua atribuições de fiscalização, avaliação ou liberação de recursos.

07| Ambiente de Trabalho

Compromissos do ISV para promover um ambiente favorável para o desenvolvimento de suas atividades fins:

Promover um ambiente de trabalho seguro através da adoção de ações para proteger colaboradores e profissionais, prevenindo riscos inerentes ao trabalho.

Os colaboradores e profissionais devem ser tratados com respeito e dignidade e ter oportunidade de crescimento profissional.

O princípio da hierarquia não pode ser confundido com um pretense direito à arbitrariedade.

Não é permitido nenhum tipo de trabalho forçado ou infantil, discriminação, ameaça, abuso ou assédio no ambiente de trabalho.

Deixar Claro ao funcionário como é realizada a avaliação de desempenho.

Realizar uma avaliação de desempenho justa e baseada nos critérios definidos a partir de fatores mensuráveis.

Realizar feedback pessoal e confidencial para o colaborador pontuando os acertos e oportunidades de melhoria.

Em casos de demissões os colaboradores serão tratados com dignidade, onde será levada em conta a responsabilidade social e ética do ISV.

NOTA: Sempre serão respeitadas as leis que garantem liberdade de associação, privacidade, acordos coletivos, convenções de trabalho, jornadas de trabalho e remuneração adequada a cada categoria desempenhada nas unidades geridas pelo ISV.

08| Utilização das Informações

São consideradas informações confidenciais do ISV, os dados referentes aos pacientes, fornecedores, parceiros, planos de atividades, serviços, dados técnicos, documentação, práticas e procedimentos, contratos, apresentações, "know-how", base de dados, aplicativos, programas

Edson
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
305/0001-57

invenções. A quebra da confidencialidade ou uso impróprio das informações é inaceitável. É vedado o uso das informações sobre atividades, assuntos do ISV ou pacientes para favorecimento próprio ou de terceiros. As senhas de acesso às informações são mecanismos de proteção das informações, devendo ser individual e intransferível, e seu compartilhamento será considerado inaceitável

09| O Auditoria Interna e externa

O ISV e os funcionários cooperarão com auditorias internas e externas assistenciais e administrativas.

O ISV e os funcionários deverão resguardar os registros ou documentos relacionados com colaboradores, saúde ocupacional, segurança, meio ambiente, financeiro e contábil, projetos de responsabilidade social e de pacientes, seguindo a temporalidade prevista pelos órgãos normatizadores.

10| Manutenção de registros e contabilização precisa

É obrigação do ISV manter livros, registros e contas que reflitam, de forma detalhada, precisa e correta, todas as suas transações. As transações do ISV são transparentes, totalmente documentadas e codificadas para contas que refletem de maneira precisa a sua natureza.

O ISV mantém controles internos que oferecem razoável segurança de que:

Todas as operações executadas sejam aprovadas conforme as alçadas e limites estabelecidos:

Todas as operações sejam registradas conforme necessário para permitir a elaboração das demonstrações financeiras de acordo com os princípios contábeis geralmente aceitos ou qualquer critério aplicável a estas demonstrações e para manter o controle dos ativos;

Todo pagamento deverá conter uma justificativa, ainda que breve, de forma a ficar incorporado a que se refere e qual a necessidade deste pagamento para o ISV e a sua adequação com o preço de mercado. Assim, serão evitados eventuais pagamentos de suborno, por meio de empresas de fachada, facilitando a detecção de ilícitos;

Os acessos aos ativos somente sejam permitidos de acordo com a aprovação geral ou específica da diretoria executiva do ISV;

Os ativos registrados sejam confrontados com os ativos existentes em intervalos razoáveis e que medidas apropriadas sejam tomadas em relação a quaisquer diferenças.

11 | Conscientização e treinamento

O ISV manterá um programa permanente de conscientização e treinamento anticorrupção para os colaboradores da sede e de suas unidades.

São ministrados treinamentos que apresentam as políticas e normas anticorrupção e o Código de Ética.

12 |Certificados

Todos os empregados indicados, pela Superintendência de Compliance, para participar obrigatoriamente, de treinamento anticorrupção deverão, como parte da conclusão bem-sucedida de seu treinamento, certificar, por escrito:

Que receberam, entenderam e cumprirão as políticas e procedimentos relacionados ao compliance anticorrupção;

Eduardo
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No
17.609.365/0001-67

Que agiram e continuarão a agir em cumprimento de tais políticas e procedimentos;

Que imediatamente relatarão quaisquer alegações, violações ou questões relacionadas a compliance de que tomem conhecimento.

13| Comunicação e declaração à imprensa

As declarações a imprensa serão realizadas exclusivamente pela assessoria de comunicação, com prévio alinhamento com a Diretoria Executiva do ISV.

O ISV se compromete em transmitir as informações necessárias com transparência e veracidade.

Informações sobre produtos e serviços prestados devem ser verdadeiras, completas, atualizadas e, sempre que aplicável e necessário, devem ser baseadas por evidências científicas.

14| Redes e mídias sociais

Não é permitido o uso de redes e mídias sociais pelos colaboradores durante o expediente de trabalho, exceto em áreas em que o escopo de trabalho exige esse acesso (como marketing e outras) ou em campanhas institucionais.

É importante que o profissional esteja ciente que seu dever é estar disponível para o trabalho e não para passar o tempo em outras atividades.

Os colaboradores e profissionais do ISV devem respeitar as recomendações em relação ao uso de mídia social pessoal, fazendo referência às unidades geridas pelo ISV como objetivo de preservar as informações e o sigilo do paciente, colaboradores e estagiários:

Não divulgar ou compartilhar imagens, vídeos ou informações internas do ISV que não tenham sido divulgadas nas páginas oficiais do ISV e das unidades geridas.

Não manifestar opiniões dando entender que se trata de um posicionamento oficial do ISV.

Não expor imagens e/ou informações de clientes, usuários, parceiros e fornecedores.

15| Propriedade intelectual e proteção da marca

Instituto São Vicente = ISV

Deve-se proteger a marca e a propriedade intelectual do mau uso, desvio ou benefício próprio e também ter cuidado em relação à propriedade intelectual de terceiros.

A marca do ISV e o conhecimento produzido internamente pelo desenvolvimento de suas atividades ou em parceria são patrimônios institucionais e devem ser sempre protegidos por todos que esta política se aplica.

A propriedade intelectual do ISV se aplica ao seu direito de proteção às ideias de criações desenvolvidas internamente ou em parceria e inclui sua marca, patente, registro de software, direitos autorais.

16| Gestão do Aprendizado e Ensino.

A parceria de ensino entre o ISV e instituições conveniadas é pautada pela ética e profissionalismo, devendo ser declarado qualquer conflito de interesse existente. Algumas recomendações devem ser seguidas:

Nas exposições de aulas e/ou palestras, os vínculos institucionais devem ser declarados.

A escolha do material apresentado sempre deve ser feita baseada nos critérios técnicos científicos.

Carla
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No
119
17.638.395/0001-67

Apoios e patrocínios não podem estar condicionados à interferência na programação, nos objetivos, local ou seleção de palestrantes.

Colaboradores e profissionais que forem convidados a ministrar palestras de temas inerentes à Instituição, em eventos externos, devem comunicar o convite ao ISV por meio do gestor imediato da área de ensino, para avaliação e aprovação.

17| Canal para Denúncias.

É dever de todos os colaboradores, fornecedores, prestadores de serviços e clientes, sempre que tiverem conhecimento ou vivenciarem uma situação que possa caracterizar uma conduta que viole o código de ética, as demais políticas e os princípios éticos do ISV e/ou a legislação e regulamentação vigente ou quando suspeitar ou souber de fatos que possam prejudicar a empresa, comunicar a Instituição via Canal de Denúncias.

A comunicação de suspeitas ou violações será reportada através do Canal de Denúncias, acessível aos colaboradores, fornecedores, prestadores de serviços e clientes, ficando garantida, ao denunciante, de boa-fé, a inoportunidade de qualquer represália ou punição em decorrência da sua atitude.

O canal de denúncias é confidencial, neutro e independente, garantindo a isenção em relação a qualquer das partes, seja a que está denunciando ou a que está sendo denunciada sem levar em consideração o nível hierárquico dos envolvidos.

Além disso, através do Canal de Denúncias, as dúvidas ou preocupações podem ser submetidas de forma anônima.

Encontram-se disponibilizados os seguintes canais de comunicação:

INTERNET: <https://www.institutosaovicente.com.br> - FALE CONOSCO

18| Sanções

É responsabilidade de todos os colaboradores comunicar qualquer violação e suspeita de violação aos requisitos das leis anticorrupção. As sanções aplicadas em casos de infrações deste código de ética podem ser:

1. Advertência verbal;
2. Advertência por escrito;
3. Suspensão;
4. Dispensa sem justa causa; e
5. Dispensa por justa causa.

Além das punições acima mencionadas, as violações às leis anticorrupção podem resultar em severas penalidades civis e criminais para o ISV e para seus colaboradores e/ou representantes envolvidos.

As penalidades criminais podem ser impostas tanto às pessoas físicas como às pessoas jurídicas.

Quando da comunicação das violações, deverá ocorrer a pronta interrupção de irregularidades ou infrações detectadas, cabendo, à Comissão de Ética Institucional do ISV, a tempestiva tratativa e remediação dos danos gerados, com a aplicação de suspensão cautelar do funcionário que possa atrapalhar a apuração.



Colleen

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
120
1509.365/0001-57

O ISV não vai permitir ou tolerar qualquer tipo de retaliação contra qualquer pessoa que apresente uma denúncia de boa-fé ou a queixa de violação desta política.

Qualquer colaborador que se envolver em retaliação está sujeito a atos disciplinares.

As penalidades a serem aplicadas deverão ser sugeridas, após análise e comprovação do dolo, pela Comissão de Ética Institucional do ISV, com homologação pelo Diretor Presidente do ISV.

19| Revisão de Programa Anticorrupção

A Comissão de Ética Institucional do ISV avaliará periodicamente a eficácia do Programa de Integridade e relatará os resultados à Diretoria Executiva do ISV.

Esta revisão ocorrerá, pelo menos, uma vez ao ano, com equipe interna ou por meio de contratação de empresa de auditoria independente, diante dos resultados obtidos por meio do mapeamento de riscos, que deverá ser realizado com a mesma periodicidade mencionada neste item.

20| Documentação e manutenção

A Superintendência de Compliance documentará regularmente as iniciativas de compliance anticorrupção do ISV, para comprovar que a instituição disseminou, implantou e fez cumprir seu Programa de Integridade, conforme expectativa dos órgãos reguladores brasileiros.

Adicionalmente, é sua responsabilidade o arquivamento de Relatórios de Revisões de Compliance e relatos de atividades suspeitas.

Certificados de treinamentos relacionados à Compliance serão mantidos no dossiê do colaborador, sob a supervisão da Superintendência de Desenvolvimento Humano Organizacional.

21| Disposições gerais

As diretrizes contidas neste CÓDIGO DE ÉTICA são baseadas no propósito, na missão, nos valores e na visão do INSTITUTO SÃO VICENTE, refletindo assim o compromisso com um modo de agir ético, consciente, sustentável e equilibrado.

A responsabilidade e o cumprimento das normas, políticas e práticas estabelecidas no Código são dever e obrigação de cada colaborador.

Todos os colaboradores deverão ler o presente Código.

22| Termo de conhecimento e compromisso

Eu, matrícula nº, declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente dos termos do Código de Ética do ISV, na sua integralidade, comprometendo-me a cumprir todas as suas disposições, sob pena de incorrer nas punições estabelecidas.

De acordo,

(Local) / (UF)

Assinatura

23| Anexo | Modelo de declaração

DECLARO, nos termos do item 6.13 do Código de Ética Institucional do ISV, que a entidade, inscrita no CNPJ sob o n. , sediada na Rua, beneficiada com a doação, ora realizada, não tem relação com familiares até segundo grau ou sócios de servidores públicos que tenham vínculo com a atividade do Instituto São Vicente – ISV.



INSTITUTO
SÃO VICENTE

código de **Ética**



(88) 3536-1280



www.institutosaovicente.com.br



Instituto São Vicente



REGULAMENTO DE AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS

ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

CNPJ: 07.609.365/0001-67

Art. 1º. Este Regulamento tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observados pelo ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA doravante denominado ISV, para a realização de compras e contratações de quaisquer bens ou serviços destinados ao regular atendimento das necessidades organizacionais e operacionais da entidade na execução dos seus objetivos institucionais, inclusive na execução de Contratos de Gestão firmados com o Poder Público, regidas pelos princípios da moralidade, probidade, economicidade, impessoalidade, isonomia, bem como pela busca permanente da qualidade, boa-fé, isonomia, publicidade, dinamicidade, motivação das decisões, julgamento objetivo das propostas, vinculação ao instrumento convocatório e prevalência do interesse público.

Parágrafo único - O presente regulamento é de aplicação obrigatória quando as compras, contratações de obras e serviços decorrerem dos recursos públicos repassados por meio de contratos de gestão, em conformidade com a Lei Federal 9.637/98;

Art. 2º. O Setor de Compras e/ou Diretor Administrativo-Financeiro do ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA tem como finalidade cuidar de toda e qualquer aquisição de bens, produtos ou serviços destinados, direta ou indiretamente, a serem empregados na prestação dos serviços, nos contratos e convênios celebrados com o Instituto.

Parágrafo único. Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e medicamentos, equipamentos, gêneros alimentícios, materiais permanentes e outros, além da prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas com a finalidade de suprir as necessidades do Instituto para desenvolvimento de suas atividades.

Art. 3º. Constituem objetivos fundamentais deste Regulamento:

- I. Garantir a impessoalidade na seleção da melhor proposta;
- II. Fornecer regras objetivas para escolha e contratação;
- III. Promover a transparência na gestão da Organização Social;
- IV. Buscar a eficiência, celeridade e economicidade;

Art. 4º. Nos procedimentos descritos neste regulamento serão observados, dentre outros princípios, ficará igualmente vinculado ao instrumento convocatório e prevalência do interesse público.

Art. 5º. É garantido, em qualquer caso deste Regulamento, o direito de revogar o procedimento de

525
INSTITUTO SÃO VICENTE

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No 23
07.609.365/0001-67



escolha, ou recusar-se em proceder na contratação com o vencedor, quando este, em contrato anterior com a Administração Pública ou com a própria Organização Social, se enquadrar em nas hipóteses abaixo:

526

- I. Demonstrou falha ou má-qualidade na prestação do serviço;
- II. Incapacidade técnica devidamente comprovada;
- I. Estiver em período de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública;
- II. Sofreu penalidade de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade;

Parágrafo único. O disposto no caput não gera qualquer direito de indenização ao fornecedor excluído, devendo ser fundamentado pelo responsável do Setor de Compras e/ou Diretor Administrativo-Financeiro, em relatório que será parte integrante do procedimento.

Art. 6º - Para efeito deste regulamento, considera-se:

- I. **Obra:** toda construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação realizada por execução direta ou indireta;
- II. **Serviço:** a prestação de atividade de qualquer natureza por pessoas físicas e/ou jurídicas, necessárias ao funcionamento da Organização Social e das obrigações assumidas no Contrato de Gestão;

Compra: toda aquisição remunerada de bens e materiais de consumo para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

III. **Fornecedor:** não somente o fabricante do material, mas também seus representantes, grupo de compras, e distribuidores autorizados.

Art. 7º. O procedimento interno para aquisição de bens e contratação de obras ou serviços será iniciado com a abertura de TERMO FORMALIZADO e numerado, pelo Setor de Compras e/ou Diretor Administrativo-Financeiro, contendo:

- I. Solicitação com a indicação de seu objeto;
- II. Autorização da despesa pelo responsável;
- III. Relatório do Setor de Compras;
- IV. **Parágrafo único.** Em todas as modalidades previstas nesse Regulamento, a empresa vencedora deve comprovar sua regularidade jurídico-fiscal para prestação do objeto contratado.
- V. **Art. 8º.** Para efeito de monitoramento e condução do processo de compra de bens e serviços deve estar minimamente com as seguintes especificações:



I. Solicitação de Compras: deve ser realizado pelo Requisitante, previamente definido pelo gestor local do projeto; contendo a devida justificativa da necessidade da aquisição, bem como as especificações dos produtos e/ou serviços a serem adquiridos.

II. Mapa de Cotação: deve ser realizado pelo setor de compras, que após efetuado a cotação, será homologado pelo Diretoria Administrativa Financeira;

III. Pedido de compra: será concluído com base no mapa de cotação, sendo considerado para efeito de escolha, a melhor oferta apresentada pelo fornecedor, devendo ser validado pelo Setor de Compras e/ou Diretor Administrativo-Financeiro.

Art. 9º. O Setor de Compras e/ou Administrativo, selecionarão criteriosamente os fornecedores/prestadores que participarão do processo de cotação, considerando idoneidade, avaliação do fornecedor, qualidade e menor custo quando cabível.

Parágrafo único. Para fins do disposto neste capítulo, considera-se menor custo aquele que resulta da combinação de fatores utilizados, envolvendo entre outros os seguintes aspectos:

I. Custo de transporte e seguro até o local de entrega;

II. Forma de pagamento;

III. Prazo de entrega;

IV. Custos para operacionalização do produto, eficiência e compatibilidade com as especificações exigidas;

V. Durabilidade do produto;

VI. Credibilidade mercadológica do proponente;

VII. Disponibilidade do produto;

VIII. Eventual necessidade de treinamento de pessoal;

IX. Qualidade do material.

X. Art. 10º. O processo de seleção ou aquisição será por consulta/cotação de preços.

XI.

XII.

XIII. Art. 11º. A cotação de preços é a modalidade de aquisição realizada para compras ou contratações que tenham valor estimativo global indeterminado, e consistirá na consulta de no mínimo 03 (três) orçamentos provenientes de diferentes fornecedores e também com o devido registro em mapa de cotações dos preços obtidos.

XIV. Parágrafo primeiro. Quando não for possível realizar as cotações mínimas estabelecidas no presente regulamento, a Diretoria do Instituto autorizará a compra com o número de cotações existente, mediante justificativa.

XV. Parágrafo segundo. As propostas recebidas devem ser formalizadas por escrito através de papel timbrado e assinado pelo fornecedor/prestador, e enviada diretamente pelo mesmo ou através de meio eletrônico, ficando mantidas em arquivo pelo Setor Compras e/ou Diretoria Administrativa Financeira, por no mínimo 05 (cinco) anos.

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº
125
07609 365/0001-67



Art. 12º. As cotações de preços deverão ser elaboradas mediante relatório constando:

- I. Nome do bem, serviço ou produto a ser adquirido com as respectivas especificações técnicas;
- II. Forma de apresentação e prestação;
- III. Preço e condições comerciais ofertadas;
- IV. Prazo de entrega e forma de pagamento;
- V. Prazo de garantia;

Parágrafo primeiro. A melhor oferta será apurada considerando-se o disposto nos artigos do presente Regulamento e será apresentada à Diretoria Administrativa Financeira para verificação de viabilidade financeira do projeto, a quem competirá aprovar a concretização da Compra.

Parágrafo segundo. Após aprovação do mapa de cotação, o Setor de Compras e/ou Diretoria Administrativa Financeira emitirá o pedido de Compra, disponibilizando vias para:

- I. Fornecedor;
- II. Arquivo de Compras;
- III. Setor recebedor do Material.

IV. Parágrafo terceiro. Caso haja divergência na entrega de produtos em número superior ao solicitado pela contratante, será considerado para fins de pagamento o valor unitário orçado, exceto em caso de adequações de recipientes/embalagens.

V. Art. 13º. Para os fins deste Regulamento, constituem-se as seguintes modalidades de compras, obras e serviços:

VI. Compras, obras e serviços de pequeno valor: são compras, obras e serviços de valor não superior a um salário-mínimo vigente na data da compra, esse tipo de compra dispensa as demais formalidades deste regulamento, e deverá ser autorizada e justificada pelo Diretoria ou Gerência beneficiada / responsável, diretamente no respectivo comprovante fiscal.

VII. Compras, obras e serviços de valor inferior: são compras, obras e serviços de valor superior a um salário-mínimo vigente na data da compra e de até R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), inclusive, que serão realizados mediante pesquisa simples de preços no mercado envolvendo, no mínimo, 03 (três) cotações com fornecedores, feita por telefone, internet, fax ou qualquer outro meio de apuração de preços.

VIII. Compras, obras e serviços de valor médio: são compras, obras e serviços de valor superior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e de até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), inclusive, que serão realizados mediante coleta de no mínimo 03 (três) propostas orçamentárias de diferentes fornecedores.

IX. Compras, obras e serviços de valor superior: são compras e serviços de valor acima de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), que serão realizados mediante publicação de ato convocatório no website do ISV, com a participação de no mínimo 03 (três) propostas orçamentárias de diferentes fornecedores.



Art. 14º. As compras de pequeno valor estão dispensadas da triplice cotação, prevista no artigo 11º, não desobrigando do fiel cumprimento das exigências do processo administrativo.

Art. 15º. As compras de materiais prestação de serviços exclusivos fornecidos e prestados por um único fornecedor/prestador, estão dispensadas da triplice cotação, prevista no artigo 11º, não desobrigando do fiel cumprimento das exigências do processo administrativo.

Parágrafo único: A previsão do caput desse artigo compreende-se igualmente aos periféricos, componentes e suprimentos dos equipamentos comprados que não funcionam sem os referidos adicionais exclusivos.

Art. 16º. A condição do fornecedor exclusivo será comprovada por carta de exclusividade apresentada pelo fornecedor/prestador e renovada a cada 06 (seis) meses.

Art. 17º. As compras relativas às diárias de hotéis, passagens aéreas e compras via e-commerce, incluindo as compras internacionais de livros e material utilizado e aluguel de carro, poderão ser realizadas utilizando cartão de crédito em nome do ISV, como forma de pagamento.

Art. 18º. As despesas a serem realizadas por meio do uso de cartão de crédito deverão ser aprovadas antecipadamente pela Diretoria Administrativa Financeira, independentemente do valor envolvido.

Art. 19º. O cartão de crédito será utilizado exclusivamente para compras tipificadas no artigo 17º deste procedimento sendo, portanto, vedada a utilização do cartão de crédito de forma diversa da aqui prevista;

I. A responsabilidade pela guarda do cartão será da Diretoria Administrativa Financeira;

II. Os comprovantes e notas fiscais emitidas em nome ISV, deverão ser anexados à fatura que comporá o processo para pagamento.

Art. 20º. Será desnecessário (dispensado) o procedimento formal de realização de pesquisa de preços previsto nos incisos do caput dos art. 10º e 11º, para as seguintes modalidades de compras e contratações:

I. Em caráter de emergência, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ao ISV ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos.

II. Quando, em razão da natureza do objeto, não houver pluralidade de opções.

III. Para a contratação de serviços técnico-profissionais especializados.

IV. Nos casos em que não houver dispêndio de recursos financeiros por parte do Instituto de Planejamento de Gestão, como o recebimento de doações ou comodatos, permutas, celebração de parcerias, convênios, termos de cooperação, locações, cessões de espaço, entre outros.

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No
07/0001-67



V. Nos casos de grave perturbação da ordem, calamidade pública, epidemias, pandemias ou alertas emitidos pela Agência Nacional de Saúde;

VI. Para a locação de imóvel destinado ao serviço desenvolvido pela Organização Social, cujas características de instalação ou localização condicionem a sua escolha;

VII. Quando não acudirem interessados ao procedimento anterior, e esta não puder ser repetida sem prejuízo à Organização Social, mantidas, neste caso, as condições preestabelecidas;

Parágrafo primeiro. Entende-se por serviços técnico-profissionais especializados aqueles exercidos por profissionais e empresas cujo conhecimento específico ou conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados à sua atividade, permitam inferir que o seu trabalho é mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado, exemplificando-se, mas não se limitando, aos seguintes serviços e produtos:

- a) Pareceres, perícias e avaliações em geral;
- a) Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas, auditorias financeiras, contábeis e folha de pagamento;
- b) Coordenação, fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- c) Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- d) Recrutamento, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- e) Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
- f) Serviços que envolvam criação artística, tais como desenhos, pinturas, gravuras, esculturas, fotografia e outros.

Parágrafo segundo. Em quaisquer dessas ocorrências (dispensas), deve ser realizado o registro e assegurada a necessária transparência dos atos de compras e contratações.

Art. 21º. O Setor de Compras do ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA adotará o Processo de Cadastro Sumário, em que o fornecedor/prestador apresentará as seguintes informações;

I. Pessoa Jurídica:

- a) Nome do Fornecedor;
- b) Nome Fantasia;
- c) Endereço (Rua, Número, Bairro, CEP, Cidade, Estado);
- d) Número de Inscrição no CNPJ;
- e) Informar qual o Regime de apuração de impostos – simples nacional/lucro presumido, lucro real, imune ou isenta;
- f) Inscrição Estadual ou Municipal;
- g) Telefone e e-mail para contato;



- h) Informações Bancárias;
- i) Condições usuais de pagamento;
- j) Outros dados julgados oportunos.

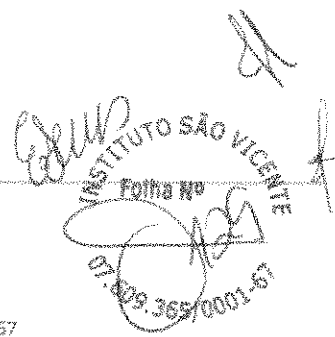
II. Pessoa Física:

- a) Nome Completo;
- b) RG;
- c) CPF;
- d) Certidão de Casamento ou Nascimento;
- e) Número de PIS;
- f) Endereço (Rua, Número, Bairro, CEP, Cidade, Estado);
- g) Telefone, e – mail para contato;
- h) Informações bancárias;
- i) Condições usuais de pagamento;
- j) Outros dados julgados oportunos.

Parágrafo único. Além das informações prestadas conforme caput, o fornecedor/prestador deverá apresentar os seguintes documentos:

III. Pessoa Jurídica:

- a) Ficha Cadastral (conforme modelo);
- b) Cartão de CNPJ;
- c) Consulta do Quadro de Sócios Administradores – QSA;
- d) Contrato Social originário e última alteração;
- e) Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço dos sócios administradores;
- f) Cadastro Nacional de Empresas Idôneas e Suspensas;
- g) Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados e Órgãos e Entidades Estaduais (CADIN);
- h) Certidão Negativa de Débitos Federais e Dívida Ativa da União;
- i) Certidão Negativa de Débitos Tributários Estaduais;
- j) Certidão Negativa de Débitos Tributários Municipais;
- k) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- l) Certidão de Regularidade do FGTS;
- m) Licença de funcionamento ou documento equivalente (conforme categoria).





IV. Pessoa Física:

- a) Cópia do RG
- b) Cópia do CPF
- c) Cópia do Número de PIS
- d) Cópia do Endereço, Número, CEP, Cidade, Estado
- e) Cópia de Inscrição Municipal (Se Profissional Autônomo)
- f) Certidão de Casamento ou Nascimento;
- g) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS;

Art. 22º. A coleta de dados ou envio de informações ou documentos do fornecedor/prestador poderá ser efetuada, por e-mail disponibilizado no site do Instituto de Planejamento e Gestão.

Art. 23º. É de responsabilidade do fornecedor/prestador a atualização dos documentos perante o Setor competente do ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA a cada 06 (seis) meses ou a qualquer mudança no quadro.

Art. 24º. Quando for necessário, solicitação deverá conter elementos técnicos, projeto básico ou projeto executivo do objeto a ser contratado.

Art. 25º. Considera-se autorizada a despesa com a manifestação positiva do Setor de Compras e/ou Diretoria Financeira, contendo indicação do valor estimado para futura operação.

Art. 26º. Os contratos firmados com base neste Regulamento estabelecerão, com clareza e precisão, as condições para sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, as obrigações e responsabilidades das partes, em conformidade com os termos do ato convocatório e da proposta a que se vinculam.

Art. 27º - Os contratos deverão conter, minimamente:

- I. Qualificação completa das partes.
- II. Seu objeto.
- III. Prazo de entrega do bem e/ou serviço.
- IV. Vigência.
- V. Preço e forma de pagamento.
- VI. Deveres e responsabilidades das partes.
- VII. Cláusula penal contendo sanções pelo descumprimento das obrigações.





VIII. Hipótese de rescisão

IX. Foro.



Art. 28º. Exige-se a celebração de contrato formal para os serviços continuados ou quando houver entrega parcelada de bens ou a exigência de fornecimento de garantias.

Art. 29º. O Diretor Presidente em conjunto com a Diretoria da área interessada, se necessário, deverão selecionar criteriosamente, o prestador de serviço técnico profissional especializado, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contrato, dentro da respectiva área.

Art. 30º. Todos os contratos deverão ser aprovados por assessoria jurídica ou, na falta desta, pelo dirigente máximo do ISV, a fim de garantir a adequada formalização dos termos avençados.

Art. 31º. No caso de contratos celebrados com pessoas jurídicas, deverão ser apresentados a cópia desse ato constitutivo e alterações, ou ato constitutivo consolidado, bem como atas de eleição dos dirigentes, além de outros documentos que o ISV julgar necessários, de acordo com o tipo de contrato a ser celebrado.

Art. 32º. Todos os contratos deverão ser numerados e rubricados em todas suas páginas.

Art. 33º. Todos os procedimentos estipulados neste regulamento poderão ser suprimidos ou ampliados, sempre de forma motivada e com aprovação do Departamento Jurídico, objetivando melhor adequação às particularidades do caso e garantia do interesse público.

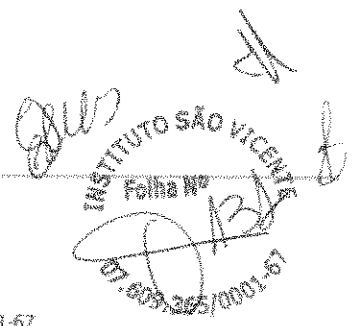
Art. 34º. A disciplina estabelecida neste Regulamento poderá ser complementada por adendos publicados no site do ISV, que será parte integrante deste.

Art. 35º. O presente regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração, nos termos expostos pelo Estatuto Social.

Art. 36º. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelas Diretorias do Instituto, com base nos princípios gerais de administração.

Art. 37º. Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria Administrativa Financeira sempre que necessário.

Art. 38º. O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.





534
INSTITUTO SÃO VICENTE

Lavras da Mangabeira – CE, 25 de Setembro de 2023

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DIRETOR PRESIDENTE

Exclus
INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No
133
19-1000-509-365/0001-67