



EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO 2024.20.05.01

CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA A QUALIFICAÇÃO E SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS PARA ATUAR NA ÁREA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACOIABA-CE, PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

PROPONENTE: ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTENCIA À MATERNIDADE E A INFANCIA DE LAVRAS DA MANGABEIRA – CE

CNPJ 07609 365/0001-67

BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARA

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ARACOIABA – CE

JUNHO - 2024





DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará, constituída sob forma de Associação, sem fins lucrativos, que terá duração por tempo indeterminado, localizada na ROD BR 230, S/N, Bairro Virgílio de Aguiar Gurgel, CEP 63300-000, sede e foro no município de Lavras da Mangabeira, Estado de Ceará.

A Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará adotará o nome fantasia de **Instituto São Vicente**.

A Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará, tem por finalidade:

- I - prestar serviços médicos hospitalar e ambulatorial, com atendimento em pequena, média e alta complexidade;
- II - realizar exames laboratoriais, de imagem e eletrocardiograma;
- III - realizar a gestão e operação de unidades e serviços voltados para a promoção de saúde, assistência social e áreas afins, públicos ou privados.

Atuando no segmento dos serviços não exclusivos no qual o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas na oferta de serviços estes que envolvem direitos humanos fundamentais, como no caso específico a saúde, O Instituto São Vicente, tem plena noção da sua responsabilidade tanto perante a gestão pública quanto à sociedade.

O Instituto São Vicente é uma Organização Social, planejada e efetivada em consonância com as diretrizes da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, leis estaduais e municipais vigentes que dispõem sobre a qualificação de entidades, sendo composta por uma equipe administrativa, assistencial e multidisciplinar qualificada em prestação de serviços de Gestão e tecnologia nas áreas da saúde, Educação e Projetos Sociais.





Missão: A nossa missão é fornecer atendimento de qualidade, com excelência e foco na experiência do usuário e na transformação digital.

Visão: Queremos ser líderes na prestação de serviços de saúde acessíveis e inovadores, tornando-nos um modelo a seguir em nossa área de atuação.

Valores:

Compromisso

Respeito

Empatia

Excelência

Responsabilidade social

Trabalho em equipe

Transparência

Inovação e tecnologia





ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE TRABALHO

PROGRAMA DE TRABALHO (P1)

INTRODUÇÃO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) desempenham um papel fundamental no atendimento emergencial e no cuidado de saúde primário para a população. São espaços projetados para oferecer assistência imediata e qualificada a pacientes que necessitam de cuidados urgentes, mas que não apresentam risco de vida iminente.

Nas UPAs, uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros especialistas, está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atender a uma variedade de casos, desde pequenas urgências até situações mais graves.

Essas unidades são equipadas com tecnologia médica avançada, incluindo equipamentos de diagnóstico por imagem, laboratórios para exames clínicos e salas de observação e tratamento. Além disso, seguem protocolos rigorosos de atendimento e triagem, garantindo uma resposta rápida e eficaz às necessidades dos pacientes.

As UPAs desempenham um papel crucial no sistema de saúde, aliviando a demanda sobre os serviços de emergência hospitalar e garantindo que as pessoas recebam atendimento adequado e oportuno, independentemente da gravidade de sua condição de saúde. Essas unidades são essenciais para promover a saúde e o bem-estar da comunidade, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para aqueles que mais precisam de cuidados médicos emergenciais.



C2. MODELO GERENCIAL / ASSISTENCIA

1. Estrutura Organizacional:

1.1. Organograma:

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) desempenham um papel fundamental no atendimento emergencial e no cuidado de saúde primário para a população. São espaços projetados para oferecer assistência imediata e qualificada a pacientes que necessitam de cuidados urgentes, mas que não apresentam risco de vida iminente.

Nas UPAs, uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros especialistas, está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atender a uma variedade de casos, desde pequenas urgências até situações mais graves.

Essas unidades são equipadas com tecnologia médica avançada, incluindo equipamentos de diagnóstico por imagem, laboratórios para exames clínicos e salas de observação e tratamento. Além disso, seguem protocolos rigorosos de atendimento e triagem, garantindo uma resposta rápida e eficaz às necessidades dos pacientes.

As UPAs desempenham um papel crucial no sistema de saúde, aliviando a demanda sobre os serviços de emergência hospitalar e garantindo que as pessoas recebam atendimento adequado e oportuno, independentemente da gravidade de sua condição de saúde. Essas unidades são essenciais para promover a saúde e o bem-estar da comunidade, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para aqueles que mais precisam de cuidados médicos emergenciais.

Estrutura Organizacional da UPA

Direção Administrativa:

Diretor Administrativo

Gestão de Saúde:

Diretor Técnico

Coordenador Médico



Coordenador de Enfermagem

Coordenador de Farmácia

Coordenador de Atendimento ao Paciente

Coordenador de Serviços de Apoio (limpeza, segurança, manutenção)

Equipe Assistencial:

Médicos

Enfermeiros

Técnicos de Enfermagem

Farmacêuticos

Técnicos de Laboratório

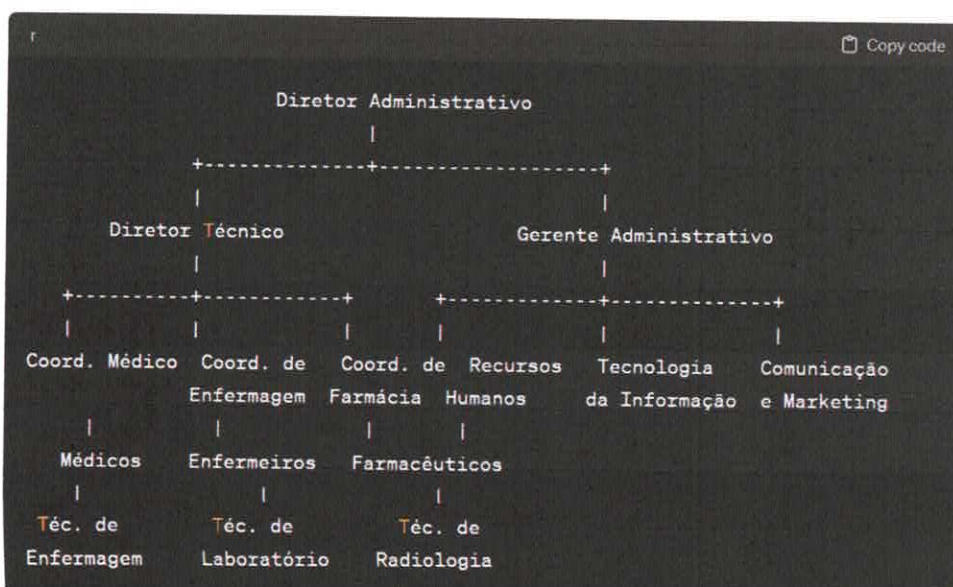
Radiologistas

Suporte Administrativo:

Gerente Administrativo

Recursos Humanos

Modelo Gerencial com Organograma:



INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº 06

19-1000-67
07.609.365/0001-67

Este modelo organiza a UPA de forma hierárquica, destacando a direção administrativa e técnica, a gestão de saúde, a equipe assistencial e o suporte administrativo. Cada setor e função tem sua própria responsabilidade e autoridade, garantindo uma operação eficiente e coordenada da unidade.

1.2. Atribuições dos Cargos:

Diretor Administrativo:

Responsável pela gestão administrativa e financeira da UPA.

Supervisiona todos os departamentos e equipes.

Desenvolve políticas e procedimentos para garantir a eficiência operacional e o cumprimento das normas regulatórias.

Representa a UPA em questões administrativas e estratégicas.

Diretor Técnico:

Garante o cumprimento das normas técnicas e éticas na prestação de serviços de saúde.

Coordena e supervisiona as atividades médicas e assistenciais.

Assegura a qualidade e segurança dos procedimentos médicos e assistenciais.

Mantém a UPA em conformidade com as regulamentações legais e éticas.

Coordenador Médico:

Supervisiona e coordena as atividades médicas na UPA.

Define escalas de trabalho para os médicos.

Participa da elaboração de protocolos clínicos e procedimentos médicos.

Presta assistência médica aos pacientes quando necessário.

Coordenador de Enfermagem:

Supervisiona e coordena as atividades de enfermagem na UPA.

Garante a qualidade e segurança da assistência de enfermagem.

Desenvolve e implementa políticas e procedimentos de enfermagem.

Orienta e capacita a equipe de enfermagem.

Coordenador de Farmácia:

Supervisiona as atividades da farmácia da UPA.

Gerencia o estoque de medicamentos e materiais médico-hospitalares.



Garante a dispensação segura e adequada de medicamentos.

Assegura o cumprimento das normas regulatórias relacionadas à farmácia.

Coordenador de Atendimento ao Paciente:

Coordena as atividades relacionadas ao atendimento e triagem de pacientes.

Desenvolve e implementa protocolos de acolhimento e classificação de risco.

Garante o fluxo adequado de pacientes na UPA.

Monitora a satisfação dos pacientes e implementa melhorias no atendimento.

Coordenador de Serviços de Apoio (limpeza, segurança, manutenção):

Supervisiona as atividades de limpeza, segurança e manutenção da UPA.

Garante a manutenção da infraestrutura e equipamentos da unidade.

Assegura a segurança dos pacientes, visitantes e funcionários.

Gerencia os contratos de prestação de serviços de apoio.

2. Protocolos, organização e fluxo interno das atividades assistenciais

- **Acolhimento e Triagem:**

Pacientes que chegam à UPA são recebidos pela equipe de acolhimento.

Realização da triagem inicial para avaliar a gravidade dos casos e priorizar o atendimento.

- **Classificação de Risco:**

Os pacientes são classificados de acordo com o Protocolo de Manchester ou outro sistema de classificação de risco adotado pela UPA.

Priorização do atendimento com base na gravidade e na urgência do quadro clínico.

- **Atendimento Médico e Assistencial:**

Os pacientes são encaminhados para salas de consulta médica de acordo com a classificação de risco.

Realização de consultas médicas, exames físicos e solicitação de exames complementares conforme necessário.

Administração de medicamentos e tratamentos adequados a cada caso.

- **Observação e Monitoramento:**

Pacientes que necessitam de monitoramento contínuo ou observação são encaminhados para áreas de observação.

Monitoramento dos sinais vitais, evolução clínica e resposta ao tratamento.

- **Exames e Procedimentos:**

Realização de exames laboratoriais, radiológicos e outros procedimentos diagnósticos conforme solicitado pelos médicos.

Procedimentos emergenciais, como suturas, curativos, drenagens, entre outros, são realizados conforme necessário.

- **Encaminhamentos e Alta:**

Pacientes que necessitam de cuidados especializados são encaminhados para hospitais de referência.

Orientação e acompanhamento dos pacientes em caso de alta, com fornecimento de prescrições e orientações para cuidados em casa.

- **Registro e Documentação:**

Documentação completa de todas as atividades realizadas, incluindo histórico médico, exames realizados, procedimentos adotados e prescrições medicamentosas.

Atualização dos registros eletrônicos de saúde do paciente conforme as atividades assistenciais são realizadas.

- **Comunicação e Cooperação Interprofissional:**

Comunicação eficaz entre os membros da equipe assistencial, garantindo uma abordagem integrada e coordenada ao cuidado do paciente.

Cooperação com outros profissionais de saúde, serviços de emergência e hospitais para garantir uma transição suave e eficiente do cuidado do paciente, quando necessário.

- **Educação e Orientação:**

Educação e orientação aos pacientes e familiares sobre condições de saúde, tratamentos prescritos, cuidados em casa e sinais de alerta.

Promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de orientações sobre hábitos saudáveis e medidas preventivas.

Esses protocolos e fluxos internos garantem uma abordagem organizada, eficiente e segura no atendimento aos pacientes que procuram os serviços de uma Unidade de Pronto Atendimento.

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA, atualmente é uma unidade de saúde classificada como intermediária entre a Unidade Básica de Saúde e a hospitalar, se enquadrando assim como um componente de atendimento pré-hospitalar fixo, com funcionamento 24 horas de urgências e emergências clínicas, adulto e pediátrico, com processo de acolhimento e classificação de risco, atendimento odontológico de urgência



de acordo com as características da UPA e atendimento odontológico de urgência e emergência 24 horas. Buscando utilizar de ideias e ações inovadoras de gestão, priorizando o indivíduo sem desprezar a comunidade, valorizado a atenção integral à saúde com respeito aos princípios do SUS, especialmente a equidade e universalidade, com acesso por demanda espontânea ou sob regulação da Central de Urgências do SAMU.

Tendo como objetivo geral o de planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar a execução das atividades de prestação de serviços médico-assistenciais de urgência e emergência clínica e pediátrica, bem como prover recursos diagnósticos e terapêuticos e demais serviços de apoio assistencial e administrativo para atendimento a toda clientela do SUS que seja encaminhada ou busque espontaneamente a UPA.

Para alcançar esse objetivo, são determinados dezessete objetivos específicos, a saber:

1. Ofertar serviços de atenção de urgência e emergência 100% SUS, observada a integralidade da atenção à saúde, com acesso a demanda espontânea e regulado, mantendo as atividades integradas à rede de Urgência e Emergência do município de Aracoiaba/CE;
2. Promover a assistência à saúde nas áreas da urgência e emergência, prestando cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência em um ambiente humanizado, seguro, funcional, operacional e adequado ao cuidado do paciente;
3. Avaliar novas tecnologias em saúde, com vistas a subsidiar sua incorporação ao elenco de procedimentos ou equipamentos da UPA;
4. Criar e manter em funcionamento as comissões/Núcleos/Comitês da UPA previstos em contrato e na proposta técnica;
5. Elaborar e implantar o Plano Diretor de Gestão da UPA;
6. Compor e manter em funcionamento o Conselho Gestor da UPA;
7. Implantar um sistema de qualidade e gestão de riscos, definição de estratégia, de objetivos e sua avaliação, assegurando uma estrutura de qualidade e processos de gestão de acordo com a importância decisiva que tem uma UPA;



8. Promover a gestão e governança da UPA, com transparência, responsabilização, prestação de contas e um enfoque especial na satisfação do usuário e no desenvolvimento e satisfação dos profissionais;
9. Desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, reduzindo o desperdício sob todas as suas formas e otimizando a utilização dos recursos disponíveis na UPA com vistas a garantir o equilíbrio econômico-financeiro, respeitando os princípios que regem a Administração Pública;
10. Desenvolver a Política de Gestão de Pessoas da UPA;
11. Promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua;
14. Divulgar informações para as Secretarias de Saúde do Município e do Estado e conselhos municipal e estadual, de modo a subsidiar o ajustamento da rede de serviços do SUS municipal e da Região, evitando a duplicação e sobreposição e, melhorando, simultaneamente, a qualidade e a eficiência, com capacitação e qualificação dos serviços e garantindo equidade de acesso através da descentralização e melhor articulação de serviços;
15. Implantar um sistema informatizado integrado de gestão da clínica, hospitalar, financeira e orçamentária;
16. Buscar a Acreditação da UPA;
17. Implantar o Programa de Humanização da UPA em consonância com a Política Nacional de Humanização.

A equipe gestora da UPA terá a prática administrativa sustentada no planejamento, direção, coordenação e controle. Isso significa planejar e controlar pessoas e recursos na realização de tarefas que refletirão no cumprimento das metas e objetivos do contrato de gestão.

2.1 Protocolo de atendimento às urgências e emergências pediátrico e adulto

Durante o seu gerenciamento e operacionalização, o ISV prestará serviços na área de urgência e emergência, observação e apoio diagnóstico, com oferta 100% SUS, com



funcionamento 24 horas por dia, nos sete dias da semana, com regime de observação nas 24 horas e demais serviços de apoio assistencial e administrativo.

O atendimento ocorrerá por demanda espontânea ou através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ou, ainda, por encaminhamentos de outras unidades de menor complexidade, como as unidades básicas de saúde, ou via Central de Regulação de Urgências do SAMU. Neste sentido, a UPA é a retaguarda de atendimentos às urgências da Rede de Atenção Básica à Saúde.

Será garantido o acolhimento de todos os usuários que procuram a Unidade, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Para isto, a equipe de saúde é treinada a desenvolver a escuta diferenciada e é composta por diferentes categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, médicos, farmacêuticos, profissionais da portaria/recepção e outros que possam agregar valores na assistência.

Os casos que requeiram remoção ou transferência da UPA para unidade determinada pela regulação, seja para internamento ou realização de exames complementares, serão transportados em veículo tipo ambulância adequado ao quadro clínico do paciente e acompanhado por profissional de saúde.

Os casos que não forem classificados como urgências serão acolhidos e atendidos pela equipe de assistência da UPA e, em seguida, orientados e contra referenciados para unidades básicas de saúde, de acordo com o Mapa de Vinculação que deverá apresentado ao ISV pela SESAU.

2.2 Observação clínica

Esta é a área destinada aos usuários da UPA que necessitam de permanecer em observação para realizar procedimentos de investigação diagnóstica e/ou tratamento das possíveis complicações do seu quadro clínico ou que possam ocorrer.

No processo de observação estão incluídos:

- O tratamento farmacoterapêutico que seja requerido de acordo com a Padronização de Medicamentos da UPA;





- Toda assistência com os procedimentos e cuidados da equipe multidisciplinar necessários durante o processo de observação;
- O suporte nutricional para paciente e acompanhante, de acordo com a prescrição, quando o tempo de permanência for igual ou superior a 06 horas;
- O material médico-hospitalar e equipamentos necessários para os cuidados de enfermagem e demais tratamentos;

Os pacientes que estiverem na observação e que necessitem de leito em unidade de maior porte, terão relatórios atualizados sistematicamente no sistema de regulação em busca de transferência com celeridade.

2.3 Dos acompanhantes da upa

Por trata-se de uma UPA, a expectativa é que o paciente não ultrapasse 24 horas de observação na unidade. Mesmo com este curto espaço de tempo, o acompanhante é um direito que será assistido aos menores de idade, idosos, pessoas com deficiência ou transtorno, grávidas e pacientes que tenha a orientação médica, psíquica ou social.

Dessa maneira, será garantido o direito a acompanhante, em tempo integral, para as pacientes crianças, adolescentes e idosos, conforme Lei 8.069 de 13/07/1990 e Lei Nº 10.741 de 01/10/2003, respectivamente, e para as pessoas com deficiência e gestantes ou puérperas.

Cabe destacar que para ser acompanhante, a pessoa deve ter mais de 18 anos, está vestido de forma segura (calças ou saia/vestido abaixo do joelho e sapato fechado), ser, preferencialmente, do mesmo sexo do usuário em observação, ter documento de identificação com foto e ser aceito pelo usuário.

Todo acompanhante será identificado e deve usar em tempo integral a etiqueta a fim de que possa ser identificado pela equipe. Não será permitido o uso de aparelhos celular nos ambientes da UPA, a fim de se preservar o silêncio e harmonia do ambiente.

Devido ao espaço limitado da UPA, a realização da higiene pessoal do acompanhante, tal como banho, deve ser realizada fora da unidade, podendo para isso realizar a troca do acompanhante.



Preferencialmente, as trocas de acompanhantes devem ser realizadas durante o horário de visita. Caso seja necessária a troca em horário diferente, o acompanhante deverá dirigir-se à Recepção da UPA, portando documento de identificação, para que seja efetivado o seu cadastro. O Serviço Social e a equipe de enfermagem serão responsáveis por acompanhar a troca de modo a garantir a permanência de apenas um acompanhante por leito.

Todas as medidas de redução de risco orientadas aos visitantes são também repassadas aos acompanhantes, tais como: não sentar ou deitar na cama do paciente e não utilizar os utensílios e materiais de uso exclusivo da UPA; não comer a comida do paciente; não trazer alimentos para o paciente; jogar os lixos e resíduos nos locais apropriados e de acordo com as orientações nas etiquetas; não mexer nos equipamentos nem interferir nos procedimentos médico-hospitalares, entre outros.

2.4 do relacionamento com os usuários, familiares e rede social

Com vistas a garantir a assistência focada no paciente, será designada a equipe assistencial de referência para cada paciente em observação na UPA. Esta equipe disponibilizará horários para o atendimento e a orientação dos familiares e rede social do paciente, para esclarecer ao paciente sobre seus direitos e assuntos relacionados aos serviços oferecidos na UPA.

Caberá a esta equipe, assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso. Bem como respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviço, salvo em situações de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

A equipe preservará a confidencialidade de todos os dados e informações relacionadas ao paciente.

2.5 articulação com os demais componentes da rede de atenção à saúde

Um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o “pronto atendimento” aos usuários do sistema.

As suas portas de urgência e emergência ainda apresentam dificuldades evidentes, em maior grau, provocadas pela imensa demanda de condições clínicas de urgência e emergência.

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No 15
07.609.365/0197

Assim, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua Rede de Urgência e Emergência (RUE).

GESTÃO DE SERVIÇOS	Implantação e implementação do regimento interno da UNIDADE	Até 90 dias após a assinatura do contrato	Coordenação administrativa	Contínuo
	Realização das compras de medicamentos, insumos e correlatos	Até 30 dias após a assinatura do contrato	coordenação geral, administrativa e técnicas	Mensal
	Implantação e implementação do Sistema de gestão Hospitalar	Até 30 dias após a assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Contínuo
	Monitoramento e avaliação da situação logística e infraestrutura física e tecnológica	No ato da assinatura do contrato	Coordenação administrativa	Contínuo
	Mapeamento dos processos de informatização da UNIDADE	Até 60 dias após a assinatura do contrato	Coordenação administrativa	Contínuo
	Organização dos processos de trabalho de gestão administrativa com a incorporação de tecnologia de informação	Até 30 dias após a assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Contínuo
	Organização e desenvolvimento da gestão orçamentária e financeira	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Contínuo
	Implantação e implementação do manual de gestão hospitalar da UNIDADE	Até 30 dias após a assinatura do contrato	Coordenador geral e coordenadores técnicos	Único
	Implantação e implementação do serviço de atendimento ao Usuário	Até 30 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo
	Publicação do relatório de atividades e cumprimento de metas	Até 60 dias após a assinatura do contrato	coordenação geral, administrativa e técnicas	Mensal
	Elaboração do PGRSS	Até 90 dias após a assinatura do contrato	coordenadores técnicos	Único
	Alimentação dos sistemas oficiais do MINISTÉRIO DA SAÚDE	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Mensal
	Contratação das empresas de serviços terceirizadas	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Contínuo
	Realização de inventários de insumos, bens e patrimônio	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenadoria administrativa	Semestral
	Elaboração dos protocolos de manutenção de equipamentos e estrutura física da UNIDADE	Até 60 dias após a assinatura do contrato	Coordenadoria administrativa e NMG	Único

2.6. Articulação com os demais componentes da rede de atenção à saúde

No Sistema Único de Saúde (SUS), a articulação entre os diversos componentes da rede de atenção à saúde é essencial para garantir a integralidade e a continuidade da atenção à saúde dos usuários. A rede de atenção à saúde é composta por diferentes pontos de atenção, como unidades básicas de saúde, hospitais, serviços de urgência e emergência, entre outros, e cada um desses pontos tem um papel específico na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde.

A articulação entre os componentes da rede de atenção à saúde pode ocorrer de diversas formas, como ações integradas entre serviços, troca de informações entre



profissionais de saúde, compartilhamento de recursos e tecnologias, e estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência. Essa articulação é fundamental para garantir que os usuários tenham acesso a todos os pontos de atenção necessários para o tratamento de sua condição de saúde, sem que haja lacunas na assistência.

Para que a articulação entre os componentes da rede de atenção à saúde seja efetiva, é preciso que haja uma gestão adequada dos serviços de saúde, com definição clara das responsabilidades de cada ponto de atenção e mecanismos de coordenação e regulação das ações. Além disso, é importante que haja uma cultura de trabalho em equipe entre os profissionais de saúde, com comunicação clara e eficiente entre eles.

ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS	Integração da UNIDADE à rede municipal de saúde	Até 60 dias após a assinatura do contrato	coordenadores técnicos	Mensal
	Mapeamento dos serviços de saúde disponíveis na rede municipal de saúde	Até 60 dias após a assinatura do contrato	coordenadores técnicos	Único
	Realização de seminário de integração e avaliação da rede assistencial	Até 60 dias após a assinatura do contrato	Coordenador geral e coordenadores técnicos	Trimestral
	Adesão e utilização do sistema de regulação determinado pela secretária de saúde municipal	Até 15 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo
	Elaboração de relatórios de referência e contra-referência dos pacientes atendidos	Até 60 dias após a assinatura do contrato	coordenadores técnicos	Contínuo

3. Política de aquisição de medicamentos

3.1. Objetivo:

Garantir a aquisição de medicamentos de qualidade, com segurança e eficiência, para atender às necessidades da população usuária dos serviços de saúde da unidade básica.

3.2. Processo de Compra:

3.2.1 Realização de 03 Cotações:

Antes de efetuar a compra, serão solicitadas no mínimo três cotações de diferentes fornecedores para cada medicamento necessário.

As cotações serão analisadas levando em consideração não apenas o preço, mas também a qualidade dos produtos, prazos de entrega, condições de pagamento e histórico de relacionamento com o fornecedor.

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº 17
07 609.365/0001-67



3.2.2 Verificação da Regularidade Fiscal, Tributária e Trabalhista dos Fornecedores:

Antes de fechar o negócio, será realizada uma análise minuciosa da regularidade fiscal, tributária e trabalhista dos fornecedores cotados.

Serão verificados documentos como o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), certidões negativas de débitos junto à Receita Federal, comprovantes de regularidade perante o FGTS e a Previdência Social, entre outros.

3.2.3 Critério de Menor Preço:

Após a análise das cotações e da regularidade dos fornecedores, o critério de escolha prioritário será o menor preço, desde que estejam garantidas a qualidade e a regularidade dos produtos e dos fornecedores.

Caso haja diferenças mínimas entre os preços cotados, outros critérios, como prazos de entrega e condições de pagamento, poderão ser considerados na decisão final.

3.3.3. Monitoramento e Avaliação:

Após a aquisição dos medicamentos, será realizado um monitoramento constante da qualidade dos produtos fornecidos, dos prazos de entrega e das condições contratuais estabelecidas.

Serão realizadas avaliações periódicas do desempenho dos fornecedores, levando em consideração não apenas o preço, mas também a qualidade dos produtos e dos serviços prestados.

3.3.4. Auditoria e Transparência:

Todo o processo de aquisição de medicamentos estará sujeito a auditorias internas e externas, garantindo a transparência e a conformidade com as normas e regulamentos vigentes.

Serão mantidos registros detalhados de todas as etapas do processo de compra, incluindo as cotações recebidas, as análises realizadas, as decisões tomadas e os contratos firmados.



3.3.5. Revisão Periódica da Política:

Esta política de aquisição de medicamentos será revisada periodicamente para garantir sua eficácia e adequação às necessidades e às normativas vigentes.

Essa política de aquisição de medicamentos visa assegurar que os medicamentos adquiridos pela unidade básica de saúde sejam de qualidade, estejam em conformidade com as regulamentações legais e sejam obtidos pelo melhor custo-benefício possível.

4. Processo de Organização dos Serviços de Farmácia na Unidade

O processo de organização dos serviços de farmácia em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é fundamental para garantir o fornecimento seguro, eficiente e oportuno de medicamentos aos pacientes. Aqui está uma descrição do processo de organização desses serviços:

Recepção e Armazenamento de Medicamentos:

Os medicamentos são recebidos por um farmacêutico ou técnico responsável pela farmácia da UPA.

São realizadas conferências para garantir que os medicamentos recebidos estejam de acordo com as especificações e quantidades solicitadas.

Os medicamentos são armazenados de acordo com as recomendações do fabricante, levando em consideração fatores como temperatura, umidade e condições de luz.

Controle de Estoque:

É mantido um controle rigoroso do estoque de medicamentos, utilizando sistemas informatizados ou manuais.

São realizados inventários periódicos para verificar a quantidade e a validade dos medicamentos em estoque.

É feita uma análise regular do consumo de medicamentos para garantir que não haja escassez nem excesso de estoque.

Dispensação de Medicamentos:

A dispensação de medicamentos é realizada por farmacêuticos ou técnicos de farmácia, de acordo com prescrições médicas válidas.

Antes da dispensação, são verificados o prontuário do paciente, a prescrição médica e a compatibilidade do medicamento com o quadro clínico do paciente.

Orientações sobre o uso correto dos medicamentos são fornecidas ao paciente ou seu responsável, incluindo posologia, efeitos colaterais e armazenamento adequado.

Preparo de Medicamentos Sob Demanda:

Alguns medicamentos podem precisar ser preparados na própria farmácia da UPA, como soluções injetáveis ou doses específicas para crianças.

O preparo é realizado por profissionais capacitados, seguindo rigorosamente as normas de segurança e boas práticas de manipulação de medicamentos.

Controle de Qualidade:

São adotadas medidas para garantir a qualidade e a segurança dos medicamentos dispensados, incluindo a verificação da integridade das embalagens, a correta identificação dos medicamentos e a rastreabilidade dos lotes.

São realizados testes de qualidade conforme necessário, como verificação da esterilidade de preparações injetáveis.

Descarte Adequado de Medicamentos Vencidos ou Danificados:

Medicamentos vencidos ou danificados são separados e descartados de acordo com as normas regulatórias e ambientais.

São adotadas medidas para evitar a contaminação do meio ambiente e a exposição indevida a substâncias químicas nocivas.

Registro e Documentação:

Todas as atividades relacionadas à farmácia da UPA são registradas e documentadas de forma adequada.



São mantidos registros de entrada e saída de medicamentos, controle de estoque, dispensação de medicamentos, preparo de medicamentos sob demanda, entre outros.

Ao seguir esse processo organizacional, a farmácia da UPA pode desempenhar um papel essencial no atendimento de qualidade aos pacientes, garantindo o acesso oportuno e seguro aos medicamentos necessários.

5. Protocolos e Organização das Atividades de Apoio

5.1 Organização das Atividades de Apoio

As atividades de apoio desempenham um papel crucial no funcionamento eficiente e seguro de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Aqui está uma descrição dos protocolos e da organização dessas atividades:

- **Serviços Administrativos:**

Os serviços administrativos englobam atividades como gestão de documentos, agendamento de consultas e procedimentos, atendimento telefônico, entre outros.

É estabelecido um protocolo para a recepção e triagem de pacientes que chegam à UPA, garantindo que sejam encaminhados adequadamente para os setores correspondentes.

Os funcionários administrativos são treinados para lidar com situações de emergência e para fornecer informações precisas e úteis aos pacientes e visitantes.

- **Almoxarifado:**

O almoxarifado é responsável pelo armazenamento e distribuição de materiais e insumos necessários para o funcionamento da UPA.

É estabelecido um sistema de controle de estoque para garantir que haja disponibilidade adequada de materiais e evitar escassez ou desperdício.

Os materiais são organizados de forma a facilitar o acesso e a identificação rápida dos itens necessários.





- **Limpeza:**

A equipe de limpeza é responsável por manter as instalações da UPA limpas e higienizadas, garantindo um ambiente seguro e confortável para pacientes, acompanhantes e funcionários.

São estabelecidos protocolos de limpeza para diferentes áreas da UPA, incluindo salas de espera, consultórios médicos, salas de exames, banheiros, entre outros.

São utilizados produtos de limpeza adequados e equipamentos de proteção individual (EPIs) para garantir a eficácia da limpeza e a segurança da equipe.

- **Apoio Logístico:**

O apoio logístico engloba atividades como recebimento e distribuição de suprimentos, transporte interno de pacientes e materiais, entre outros.

São estabelecidos protocolos para garantir a movimentação segura e eficiente de pacientes e materiais dentro da UPA, evitando atrasos e congestionamentos.

A equipe de apoio logístico recebe treinamento para lidar com situações de emergência e para atender às necessidades específicas de cada paciente.

- **Portaria e Recepção:**

A portaria e a recepção são responsáveis pelo controle de acesso à UPA, pelo recebimento de pacientes e visitantes e pela orientação sobre os procedimentos de atendimento.

São estabelecidos protocolos de segurança para garantir que apenas pessoas autorizadas tenham acesso às instalações da UPA e para prevenir situações de conflito ou violência.

A equipe de portaria e recepção é treinada para lidar com situações de emergência, como a chegada de pacientes gravemente feridos ou ocorrências de segurança.

Ao seguir esses protocolos e organizar adequadamente as atividades de apoio, a UPA pode garantir um ambiente seguro, eficiente e acolhedor para pacientes, acompanhantes e funcionários, contribuindo para a prestação de um atendimento de qualidade e para o bem-estar da comunidade atendida.





6. Protocolos e Organização das Atividades Administrativas Financeiras

Os protocolos e a organização das atividades administrativas financeiras em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) são fundamentais para garantir o adequado gerenciamento dos recursos financeiros e a manutenção da eficiência operacional. Aqui está uma descrição desses protocolos e atividades:

Gestão Orçamentária:

Elaboração e acompanhamento do orçamento anual da UPA, considerando receitas, despesas e investimentos necessários.

Definição de metas e objetivos financeiros alinhados às necessidades da UPA e às diretrizes institucionais.

Controle de Receitas e Despesas:

Registro e controle diário das receitas e despesas da UPA, incluindo pagamentos de fornecedores, folha de pagamento, despesas operacionais, entre outros.

Análise periódica do fluxo de caixa para garantir a disponibilidade de recursos para o funcionamento da UPA.

Gestão de Compras e Suprimentos:

Estabelecimento de procedimentos para aquisição de materiais, medicamentos e equipamentos, garantindo a qualidade e a eficiência das compras.

Negociação de contratos com fornecedores e acompanhamento do cumprimento de prazos e condições acordadas.

Contabilidade e Prestação de Contas:

Manutenção de registros contábeis precisos e atualizados, conforme as normas contábeis e fiscais vigentes.

Elaboração de relatórios financeiros periódicos, como balanços, demonstrativos de resultados e fluxo de caixa, para análise e tomada de decisões.





Controle de Custos e Eficiência Operacional:

Monitoramento constante dos custos operacionais da UPA e identificação de oportunidades de redução de despesas sem comprometer a qualidade do atendimento.

Implementação de medidas para aumentar a eficiência operacional e otimizar o uso dos recursos disponíveis.

Gestão de Pessoas e Folha de Pagamento:

Administração da folha de pagamento dos colaboradores da UPA, incluindo cálculo de salários, benefícios e encargos sociais.

Implementação de políticas de gestão de pessoas para garantir a motivação, o engajamento e o desenvolvimento profissional da equipe.

Planejamento Financeiro Estratégico:

Desenvolvimento de planos financeiros estratégicos de médio e longo prazo, visando o crescimento sustentável e a sustentabilidade financeira da UPA.

Avaliação de cenários e análise de riscos para identificar oportunidades e ameaças ao desempenho financeiro da UPA.

Esses protocolos e atividades garantem uma gestão financeira eficaz e transparente na UPA, contribuindo para a manutenção da qualidade dos serviços prestados e o cumprimento das obrigações institucionais e regulatórias.





C3. PROPOSTAS VOLTADAS PARA A QUALIDADE

1. Monitoramento de indicadores de desempenho, de qualidade, de produtividade dentre outros.

Indicadores de Desempenho:

Tempo Médio de Espera: Mede o tempo médio que os pacientes esperam para serem atendidos na UPA.

Tempo Médio de Atendimento: Mede o tempo médio que os pacientes passam sendo atendidos por um profissional de saúde na UPA.

Taxa de Ocupação: Mede a porcentagem de ocupação dos leitos e salas de atendimento da UPA.

Taxa de Retorno: Mede a porcentagem de pacientes que retornam à UPA em um determinado período de tempo após o atendimento inicial.

Índice de Satisfação do Paciente: Mede a satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido na UPA, por meio de pesquisas de satisfação.

Indicadores de Qualidade:

Taxa de Revisão de Protocolos: Mede a frequência com que os protocolos de atendimento são revisados e atualizados na UPA.

Taxa de Conformidade com Protocolos: Mede a porcentagem de casos em que os profissionais de saúde seguem os protocolos de atendimento estabelecidos.

Taxa de Reincidência de Doenças: Mede a porcentagem de pacientes que retornam à UPA com a mesma condição de saúde após o tratamento inicial.

Taxa de Complicações: Mede a porcentagem de casos em que ocorrem complicações durante o atendimento na UPA.

Taxa de Utilização de Recursos: Mede a eficiência na utilização de recursos médicos, como exames laboratoriais e de imagem, em relação ao número de atendimentos realizados.



Indicadores de Produtividade:

Atendimentos por Hora: Mede o número médio de atendimentos realizados por hora na UPA.

Taxa de Rotatividade de Leitos: Mede a frequência com que os leitos da UPA são ocupados e desocupados.

Taxa de Utilização de Recursos Humanos: Mede a eficiência na utilização da mão de obra dos profissionais de saúde na UPA.

Taxa de Agendamentos Realizados: Mede o número de consultas, exames e procedimentos agendados e realizados na UPA.

Índice de Cumprimento de Metas: Mede o percentual de metas estabelecidas para a UPA que são alcançadas dentro do prazo previsto.

Esses indicadores ajudam a monitorar e avaliar o desempenho, a qualidade e a produtividade das ações na UPA, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços prestados e o alcance dos objetivos institucionais.

Planilha para monitoramento e acompanhamento dos indicadores sugeridos

Indicadores de Desempenho	Frequência de Monitoramento	Período de Referência
Tempo Médio de Espera	Diário	Semanal
Tempo Médio de Atendimento	Diário	Semanal
Taxa de Ocupação	Diário	Semanal
Taxa de Retorno	Mensal	Mensal
Índice de Satisfação do Paciente	Trimestral	Trimestral
Indicadores de Qualidade	Frequência de Monitoramento	Período de Referência
Taxa de Revisão de Protocolos	Semestral	Semestral
Taxa de Conformidade com Protocolos	Mensal	Mensal
Taxa de Reincidência de Doenças	Mensal	Mensal
Taxa de Complicações	Mensal	Mensal
Taxa de Utilização de Recursos	Mensal	Mensal
Indicadores de Produtividade	Frequência de Monitoramento	Período de Referência
Atendimentos por Hora	Diário	Semanal
Taxa de Rotatividade de Leitos	Diário	Semanal
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	Diário	Semanal
Taxa de Agendamentos Realizados	Mensal	Mensal
Índice de Cumprimento de Metas	Trimestral	Trimestral

Nesta planilha, os indicadores estão listados juntamente com o período de monitoramento, a meta estabelecida, o resultado atual, a variação em relação à meta e uma avaliação da situação (por exemplo, atingido, parcialmente atingido, não atingido).

Também há espaço para observações adicionais sobre os resultados obtidos. Esta planilha



pode ser atualizada periodicamente para acompanhar o desempenho da unidade e orientar as ações de melhoria necessárias.

2. Sistemática de aplicação de ações corretivas

A sistemática de aplicação de ações corretivas para os indicadores apresentados na planilha pode seguir os seguintes passos:

Análise dos Resultados: Revisão dos indicadores monitorados e comparação dos resultados obtidos com as metas estabelecidas. Identificação de áreas onde os resultados não atenderam às expectativas ou onde houve variações significativas em relação às metas.

Identificação de Causas Raiz: Realização de análise mais aprofundada para identificar as causas raiz dos problemas identificados. Isso pode envolver entrevistas com a equipe, revisão de processos, análise de dados históricos e outros métodos de investigação.

Definição de Ações Corretivas: Com base na identificação das causas raiz, elaboração de um plano de ação contendo medidas corretivas específicas e detalhadas. Cada ação deve ser claramente definida, atribuindo responsabilidades, prazos e recursos necessários para sua implementação.

Implementação das Ações Corretivas: Execução das medidas corretivas conforme o plano estabelecido. Isso pode envolver treinamento da equipe, revisão de procedimentos, investimento em recursos adicionais, entre outras ações necessárias para corrigir as deficiências identificadas.

Monitoramento e Acompanhamento: Acompanhamento constante da implementação das ações corretivas, monitorando o progresso e verificando se as medidas estão sendo eficazes na melhoria dos indicadores. Caso necessário, ajustes no plano de ação podem ser feitos para garantir o alcance dos resultados desejados.

Avaliação de Resultados: Avaliação periódica dos resultados obtidos após a implementação das ações corretivas. Comparação dos novos resultados com os anteriores para verificar se houve melhoria significativa nos indicadores monitorados.





Padronização e Documentação: Documentação de todas as etapas do processo, incluindo as causas identificadas, as ações corretivas implementadas e os resultados alcançados. Isso permite a padronização dos processos e facilita a análise de tendências ao longo do tempo.

Feedback e Comunicação: Compartilhamento dos resultados obtidos e das lições aprendidas com toda a equipe envolvida. Feedbacks construtivos podem ser fornecidos para reconhecer os esforços realizados e identificar oportunidades de melhoria contínua.

Essa sistemática de aplicação de ações corretivas é essencial para garantir a eficácia do processo de melhoria contínua na UNIDADE, contribuindo para o alcance dos objetivos estabelecidos e para a entrega de serviços de saúde de qualidade à comunidade atendida.

3. Proposta de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação

- **Serviço de atendimento ao usuário**

A implantação de um serviço humanizado de atendimento ao usuário é fundamental para garantir uma assistência em saúde de qualidade, que atenda às necessidades e expectativas da população.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia do Ministério da Saúde para transformar a cultura dos serviços de saúde, tornando-os mais acolhedores, humanizados e eficientes. Na Atenção Primária à Saúde (APS), a PNH busca garantir um atendimento mais humanizado aos usuários, considerando suas necessidades e demandas de forma integral e respeitando sua autonomia e dignidade.

A humanização na APS parte do pressuposto de que o cuidado em saúde não se restringe apenas ao diagnóstico e tratamento de doenças, mas também à promoção da saúde e ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e comunidades. Nesse sentido, a humanização busca superar a fragmentação do cuidado em saúde, estabelecendo um modelo de atenção mais integrado e centrado nas necessidades do paciente.

Para isso, a PNH propõe algumas diretrizes que devem orientar a prática dos profissionais de saúde na APS. A primeira delas é o acolhimento, que consiste em receber o paciente de forma acolhedora, escutando suas demandas e necessidades e estabelecendo uma relação de confiança entre o paciente e o profissional de saúde. O acolhimento é



fundamental para garantir um atendimento humanizado e para a construção de um vínculo de confiança entre o paciente e o profissional.

Outra diretriz importante da PNH é a integralidade do cuidado, que busca garantir que o paciente seja atendido de forma integral e que suas necessidades sejam consideradas em sua totalidade. Isso significa que o profissional de saúde deve considerar não apenas a doença do paciente, mas também suas condições sociais, culturais e emocionais, promovendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Além disso, a PNH defende a autonomia do paciente, que deve ser respeitado em suas decisões e ter sua participação garantida no processo de cuidado em saúde. Isso implica em estabelecer uma relação de diálogo e parceria entre o paciente e o profissional de saúde, onde ambos trabalham juntos para garantir o melhor cuidado possível.

Por fim, a PNH defende a participação e o protagonismo dos trabalhadores da saúde na construção de um modelo de atenção mais humanizado e eficiente. Isso significa que os profissionais de saúde devem ter voz ativa na gestão dos serviços de saúde, participando de processos de planejamento, avaliação e tomada de decisão.

Em resumo, a política de humanização na APS busca transformar a cultura dos serviços de saúde, garantindo um atendimento mais humanizado e eficiente aos usuários. Para isso, propõe diretrizes como o acolhimento, a integralidade do cuidado, a autonomia do paciente e a participação e protagonismo dos trabalhadores da saúde. A humanização na APS é fundamental para garantir um cuidado mais integral, eficiente e respeitoso aos usuários, contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a humanização no atendimento em saúde, valorizando o usuário e os profissionais envolvidos no processo de atenção à saúde. A PNH busca, assim, transformar as práticas de saúde em práticas mais acolhedoras, efetivas e resolutivas.

A humanização na saúde é entendida como uma forma de cuidado que coloca o usuário no centro do processo de atenção, respeitando suas necessidades e singularidades. Isso implica em mudanças na forma como o serviço de saúde é organizado e gerenciado,



na forma como os profissionais se relacionam com os usuários e entre si, na forma como os processos de trabalho são planejados e executados, entre outros aspectos.

A PNH se baseia em três eixos fundamentais: acolhimento, vínculo e autonomia. O acolhimento é entendido como uma forma de receber o usuário de forma respeitosa e atenciosa, garantindo que suas necessidades sejam identificadas e que ele se sinta acolhido e seguro no serviço de saúde. O vínculo se refere à relação estabelecida entre o usuário e os profissionais de saúde, baseada em confiança, respeito e diálogo. Já a autonomia se relaciona à valorização da capacidade do usuário de tomar suas próprias decisões em relação ao seu cuidado, respeitando suas escolhas e preferências.

Entre as principais diretrizes da PNH estão a valorização do trabalho em equipe, a promoção da educação permanente em saúde, o estímulo à participação dos usuários no processo de atenção, a melhoria da comunicação entre profissionais e usuários, a humanização dos espaços físicos e a promoção da saúde como um direito humano.

A implantação da PNH requer o comprometimento de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde, desde a gestão até os profissionais e usuários. É um processo contínuo e dinâmico, que exige mudanças nas práticas de saúde, nas relações interpessoais e na cultura organizacional. A humanização no atendimento em saúde é um desafio, mas é também uma oportunidade de transformar a forma como as pessoas são cuidadas e valorizadas em sua saúde e bem-estar.

Para isso, propomos a seguinte estratégia de implantação:

- **Diagnóstico situacional:** Realização de um diagnóstico situacional para identificar as principais demandas e necessidades da população em relação ao atendimento em saúde. Esse diagnóstico pode ser feito por meio de pesquisa de satisfação, análise de dados de saúde, grupos focais com usuários, entre outras estratégias.
- **Capacitação dos profissionais:** Capacitação dos profissionais de saúde que atuarão no serviço, com ênfase na humanização do atendimento e na abordagem centrada no usuário. Essa capacitação deve contemplar aspectos técnicos, científicos, éticos e relacionais, visando à promoção de uma assistência mais acolhedora e humanizada.

- **Infraestrutura adequada:** Adequação da infraestrutura do serviço, com a criação de espaços físicos acolhedores, confortáveis e adaptados às necessidades dos usuários, como salas de espera com cadeiras confortáveis, sanitários limpos e acessíveis, entre outros.
- **Comunicação clara e acessível:** Garantia de uma comunicação clara, acessível e respeitosa com o usuário, por meio de uma linguagem adequada e compreensível, que leve em conta as diferentes necessidades dos usuários, como linguagem de sinais, material informativo em Braille, entre outros.
- **Participação do usuário:** Estimulação da participação ativa do usuário no processo de atendimento em saúde, por meio da promoção do diálogo, do respeito às escolhas e preferências do usuário e da valorização da sua autonomia e da sua singularidade.
- **Avaliação contínua:** Implantação de um sistema de avaliação contínua do serviço, com a realização de pesquisas de satisfação, monitoramento de indicadores de qualidade e realização de reuniões periódicas com os profissionais e usuários do serviço, visando à melhoria contínua do atendimento.

A implantação de um serviço humanizado de atendimento ao usuário requer um compromisso institucional de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde, desde a gestão até os profissionais e usuários. É um processo contínuo e dinâmico, que requer um esforço conjunto e permanente para garantir uma assistência em saúde mais acolhedora, respeitosa e efetiva.

- **Pesquisa de satisfação dos usuários**

A pesquisa de satisfação dos usuários emerge como um instrumento gerencial e de planejamento de suma importância. Originou-se da necessidade de compreender o grau de contentamento dos usuários não apenas com o funcionamento da instituição, mas também com a qualidade do atendimento prestado pelos diversos setores.

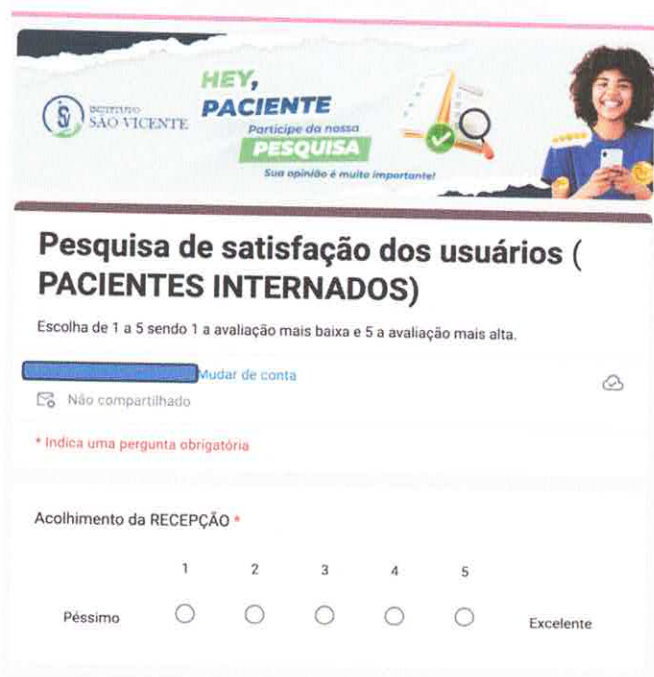
Além disso, estabelece um canal de comunicação direta com os usuários, registrando suas inúmeras sugestões de aprimoramento, que se integram ou podem vir a integrar as demandas possíveis de serem atendidas. Serve ainda como base para análises comparativas dos resultados, visando a manutenção e o aprimoramento contínuo do excelente nível de qualidade dos serviços.

Os aspectos considerados na avaliação da satisfação dos usuários incluem:

- Disposição para ajudar e fornecer um serviço ágil.
- Proteção contra riscos, perigos ou ações duvidosas.
- Esforço para compreender as necessidades reais dos clientes.

Conforme as prioridades e recomendações dos usuários que participaram da pesquisa, as proposições serão atendidas na medida do possível, levando em conta o número e a relevância dos comentários e sugestões.

As informações serão consolidadas mensalmente em relatórios, garantindo uma comunicação integral aos dirigentes. Isso possibilita uma avaliação contínua do nível de qualidade do serviço, com o objetivo permanente de buscar a excelência no atendimento.



HEI, PACIENTE
Participe da nossa PESQUISA
Sua opinião é muito importante!

Pesquisa de satisfação dos usuários (PACIENTES INTERNADOS)

Escolha de 1 a 5 sendo 1 a avaliação mais baixa e 5 a avaliação mais alta.

Mudar de conta

Não compartilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

Acolhimento da RECEPÇÃO *

1 2 3 4 5

Péssimo Excelente

Modelo de pesquisa

4. 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.

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.

5. Sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos e seu plano de manejo de resíduos sólidos

O PGRSS é um conjunto de procedimentos de gestão que objetiva o correto gerenciamento dos resíduos produzidos nas Unidades gerenciadas. A responsabilidade pela sua elaboração é dos geradores de resíduos, ou seja, do serviço. Deve seguir rigorosamente as legislações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e do Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA.

Os procedimentos contidos no PGRSS devem ser planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Este Plano deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos resíduos sólidos.

Na elaboração do PGRSS é fundamental realizar uma análise quali e quantitativa de cada resíduo gerado e organizar sua forma correta de manuseio, da geração até o seu descarte, seguindo a legislação de acordo com o tipo de resíduo gerado.

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº 35
07.609.365/0001-67



O PGRSS é específico, direcionado, integrado e continuado, não sendo apenas um documento passivo. Diante disto, o ISV irá revisar e atualizar PGRSS já existentes em unidades geridas pela OS, adequando-o à realidade da unidade e, para tanto, será montada uma Comissão de Controle e Descarte de Lixo - PGRSS com representantes da enfermagem, médico e da farmácia.

Ao iniciar os atendimentos, tendo em vista que as Unidades já estarão produzindo resíduos e que, portanto, necessita de segregação, acondicionamento e identificação específicos de modo a não colocar em risco a segurança dos profissionais, dos serviços e da comunidade, será adotado, até a conclusão da implantação do PGRSS, o fluxo unidirectional para os resíduos de saúde apresentado na Figura 10.

O PGRSS elaborado será submetido à avaliação da Vigilância Sanitária para aprovação e, em seguida, será implantado, com previsão de termino da implantação até o segundo mês após a assinatura do contrato.

Fluxo Inicial para Resíduos de Saúde até o PGRSS



Fonte: <http://licenciadorambiental.com.br/plano-de-gerenciamento-de-residuos-de-servicos-de-saude-pgrss/>

Para o recolhimento dos resíduos produzidos o ISV contratará uma empresa especializada que atende todas as exigências sanitárias e da lei tanto para o recolhimento, como para o descarte.



Junto com o PGRSS, serão apresentados também o Plano de Controles de Pragas e Vetores – PCPV, contendo o cronograma de ações, o responsável técnico e a empresa responsável pelo serviço, esta atendendo todas as exigências sanitárias e da lei, e o Cronograma de Lavagem dos Tanques, com a empresa responsável pelo serviço e as ações a serem adotadas pelas Unidades para não suspender o atendimento.





7. Programa de Qualidade para a Unidade

1. Definição de Alcance:

O programa visa promover a excelência nos serviços prestados pela UPA, garantindo atendimento eficiente, seguro e humanizado aos pacientes.

2. Metodologia:

Implantação de um sistema de gestão da qualidade baseado nas diretrizes da ISO 9001:2015, adaptadas às necessidades específicas da UPA.

Adoção de abordagens de melhoria contínua, como o ciclo PDCA (Planejar, Executar, Verificar, Agir) e o uso de ferramentas de qualidade, como diagramas de causa e efeito e gráficos de controle.

3. Cronograma de Implantação:

Fase 1 (Mês 1-3): Diagnóstico e Planejamento

Realização de uma análise SWOT para identificar pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças.

Elaboração de um plano de ação com metas, objetivos e indicadores de desempenho.

Fase 2 (Mês 4-6): Implementação e Treinamento

Implementação das mudanças necessárias para atender aos requisitos de qualidade.

Realização de treinamentos para a equipe sobre os princípios da qualidade e as práticas recomendadas.

Fase 3 (Mês 7-12): Monitoramento e Melhoria Contínua

Monitoramento dos indicadores de qualidade e desempenho definidos no plano de ação.

Realização de auditorias internas para avaliar a conformidade com os procedimentos e padrões estabelecidos.

Identificação de oportunidades de melhoria e implementação de ações corretivas e preventivas.



4. Orçamento Previsto:

O orçamento previsto para a implantação do programa de qualidade inclui custos relacionados a treinamentos, consultorias especializadas, aquisição de recursos e materiais de apoio, e atividades de divulgação e sensibilização da equipe.

5. Avaliação de Resultados:

Os resultados do programa serão avaliados por meio de indicadores de desempenho e de qualidade, como a satisfação do paciente, a redução do tempo de espera, a melhoria da conformidade com protocolos clínicos, entre outros.

Serão realizadas avaliações periódicas do programa para garantir que os objetivos estejam sendo alcançados e que as ações de melhoria estejam sendo implementadas de forma eficaz.

6. Envolvimento da Equipe:

O sucesso do programa depende do comprometimento e envolvimento de todos os colaboradores da UPA.

Serão incentivadas a participação ativa da equipe na identificação de problemas e oportunidades de melhoria, e a contribuição com ideias e sugestões para o aprimoramento dos processos e procedimentos.

7. Comunicação e Engajamento:

Serão adotadas estratégias de comunicação eficazes para garantir o engajamento e o apoio de todos os stakeholders, incluindo colaboradores, pacientes, familiares e comunidade local.

Serão realizadas reuniões regulares, boletins informativos, murais de comunicação e outras iniciativas para manter todos informados sobre o progresso do programa e os resultados alcançados.

Este programa de qualidade tem como objetivo transformar a UPA em uma referência de excelência no atendimento de urgência e emergência, proporcionando cuidados de saúde de alta qualidade e segurança para toda a comunidade atendida.



8. Proposta de implantação das comissões obrigatórias

Serão implantadas na UNIDADE 07 (sete) Comissões (Comissão de revisão de prontuário clínico, revisão de óbitos, ética médica e de enfermagem, CCIH, Comissão de farmácia e terapêutica, CIPA) que se reunirão de acordo com cronograma pré-estabelecido e/ou de acordo a necessidade. Segue abaixo a lista com as devidas comissões e especificações:

De acordo com as diretrizes estabelecidas no Edital, em conformidade com a legislação pertinente aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e alinhadas com os padrões de qualidade do serviço, serão instituídas as seguintes Comissões:

1. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho – CIPA;
2. Comissão de Ética Médica;
3. Comissão de Ética de Enfermagem;
4. Comissão de Revisão de Prontuário;
5. Comissão de Análise de Óbitos;
6. Comissão de Farmácia e Terapêutica;
7. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Todas as Comissões estarão implantadas no primeiro semestre do contrato, iniciando pela implantação das Comissões de Revisão de Prontuários, de Análise de Óbitos e de Controle de Infecção hospitalar.

Cada Comissão será regida por regimento próprio cuja as minutas estão anexadas a esta proposta e se reportará às direção geral e Técnica.

As reuniões ocorrerão, preferencialmente, de forma mensal seguindo o calendário estipulado na implantação da comissão, e, quando necessário, serão solicitadas reuniões extraordinárias. As reuniões serão registradas através de Ata e os resultados dos trabalhos oriundos da comissão serão apresentados através de relatório.



Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CRM, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

Colaboração com o CRM divulgando resoluções, normas e pareceres;

Assessorar as diretorias clínicas, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;

Proceder a Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

Indicador de acompanhamento: Nº de Relatórios das Atividades Desenvolvidas no Hospital encaminhados ao Conselho Regional de Medicina.

- **Comissão de Ética de Enfermagem**

Membros Componentes: 06 membros eleitos (titulares e suplentes) conforme determinação do COREN, devendo ser enfermeiros e técnicos de enfermagem que compõem o quadro do Hospital e que estiverem com suas obrigações com o COREN devidamente regularizadas.

Finalidade: tem função educativa, consultiva e fiscalizadora do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem.

Frequência das Reuniões: Mensal (última quarta-feira do mês)

São atividades anuais desta Comissão:

Fortalecer o componente ético na prática da enfermagem;

Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

Promover e participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem a interpretação do Código de Ética e a conscientização de questões éticas e disciplinares, encaminhando as conclusões e recomendações ao COREN;

Realizar a necessária orientação à equipe de enfermagem sobre comportamento ético-profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas;

Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre dilemas éticos;



Apreciar e emitir parecer sobre dilemas éticos de enfermagem, sempre que necessário;

Fiscalizar o exercício ético da profissão;

Fiscalizar as condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional;

Fiscalizar a qualidade do cuidado dispensado a clientela pelos profissionais da enfermagem;

Averiguar as denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;

Notificar ao COREN as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas;

Zelar pelo bom andamento do exercício ético dos profissionais de enfermagem;

Solicitar assessoramento da Câmara Técnica de Ética do COREN sempre que necessário;

Encaminhar o relatório das atividades desenvolvidas, anualmente ao COREN.

Indicador de acompanhamento: Nº de Relatórios das Atividades Desenvolvidas na unidade encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem.

- **Comissão de Revisão de Prontuário**

Membros Componentes: cinco profissionais sendo um enfermeiro, um médico, um farmacêutico, um técnico de enfermagem e um administrativo. Quando necessário, poderá ser convidado um representante do laboratório terceirizado.

Finalidade: revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar aos responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

Frequência das Reuniões: Definida em regulamento próprio

São atividades anuais desta Comissão:

Realizar a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, tais como: Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.



Avaliar o cumprimento da obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

Avaliar o cumprimento da obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, a prescrição médica consignando data e hora.

Analisar o tipo de Alta dada ao paciente.

Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

Assessorar as Coordenadorias Médica e de Enfermagem da Instituição em assuntos de sua competência;

Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente e desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Indicador de acompanhamento: Percentual de Prontuários Analisados.

- **Comissão de Análise de Óbitos**

Membros Componentes: cinco profissionais sendo um enfermeiro, um médico, um assistente social, um técnico de enfermagem e um farmacêutico. Quando necessário, poderá ser convidado um representante do laboratório terceirizado.

Finalidade: analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Frequência das Reuniões: Mensal (primeiro sábado do mês) São atividades anuais desta Comissão:

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;

Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;





- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar as Coordenadorias Técnica da Unidade em assuntos de sua competência
- Realizar o diagnóstico da mortalidade infantil, seus componentes e os principais problemas relacionados;
- Sensibilizar e envolver os profissionais da Unidade sobre a importância e a gravidade da mortalidade infantil e fetal;
- Identificar os óbitos infantis como evento-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento dos meios da saúde;
- Identificar os problemas e as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais, para melhorar o conhecimento sobre a mortalidade infantil e perinatal e as possibilidades de intervenção;
- Implementar ações para humanização do parto e nascimento, conforme recomendações da OMS.
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente e desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.
- Indicador de acompanhamento: Percentual de Óbitos Analisados.

- **Comissão de Farmácia e Terapêutica**

Membros Componentes: cinco profissionais sendo um farmacêutico, um enfermeiro, um médico e um convidado.





Finalidade: supervisionar as políticas relacionadas com seleção, prescrição, uso racional e seguro de medicamentos, em um processo dinâmico participativo, multiprofissional e multidisciplinar, visando assegurar de moto terapêutico, eficaz e seguro a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde, mantendo um rol atualizado e dinâmico, estabelecendo procedimentos relacionados à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a fármacos.

Frequência das Reuniões: Definida em regulamento próprio

São atividades anuais desta Comissão:

Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da padronização oficial por iniciativa própria ou por proposta dos médicos assistentes da Unidade;

Redigir boletim com alterações da listagem vigente, mencionando as modificações e inclusões;

Sugerir, dentro do âmbito de sua competência, providências e medidas que favoreçam a implantação e uso do receituário padronizado;

Assessorar o departamento de farmácia nos assuntos referentes a medicamentos;

Elaborar materiais de divulgação e informação sobre o uso racional de medicamentos;

Desenvolver e validar protocolos terapêuticos;

Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;

Instituir uma subcomissão, de modo a implementar o funcionamento de um Serviço ou Centro de Informações sobre Medicamentos junto ao Serviço de Farmácia;

Elaborar programas de notificação e acompanhamento de reações adversas, seguindo os formulários e procedimentos da SESAU, para incentivar o uso seguro de medicamentos entre outros, junto com o Serviço de Farmácia

Estabelecer normas para prescrição de medicamentos não padronizados.





Indicador de acompanhamento: N° de Ações realizadas para estimular o uso racional de medicamentos.

- **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar**

Membros Componentes: três profissionais sendo dois enfermeiros e um médico.

Finalidade: desenvolver e executar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), realizando ações de controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Frequência das Reuniões: Definida em regulamento próprio

São atividades anuais desta Comissão:

Estabelecer as prioridades de atuação e das metas preventivas, baseadas nos dados encontrados, de acordo com a natureza;

Detectar os casos de infecção hospitalar através de vigilância epidemiológica;

Compilar, analisar e divulgar os dados encontrados;

Revisar, analisar e aplicar as recomendações existentes na literatura, aprovadas pelas organizações;

Promover a disseminação de conhecimento, com participação ativa nos programas educacionais dos profissionais de saúde nos assuntos pertinentes ao controle de infecção hospitalar;

Informar as autoridades competentes acerca das doenças de notificação compulsória;

Acompanhar, avaliar e autorizar o uso de antibióticos.

Indicador de acompanhamento: Consumo de álcool gel 70% nos dispenser da Unidade

9. Proposta de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

Membros Componentes: cinco profissionais sendo um Diretoria Administrativa, Diretor Médico, Coordenador de Enfermagem, um farmacêutico e um representante do NEP.

Finalidade: estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento,

desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais da unidade.

Tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Frequência das Reuniões: Definida em regulamento próprio

São atividades anuais desta Comissão:

Promover ações para a gestão de riscos no âmbito das Unidades;

Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da Unidade;

Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;

Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;



Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente;

Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente;

Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

Indicador de acompanhamento: no mínimo 90% do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde implantado

10. Proposta de funcionamento serviço de acolhimento e classificação de risco

O processo de acolhimento e classificação de risco é uma estratégia utilizada na Atenção Primária à Saúde (APS) que busca garantir um atendimento humanizado e eficiente aos usuários que procuram os serviços de saúde. Essa abordagem tem como objetivo receber o paciente de forma acolhedora e identificar a sua necessidade de atendimento, classificando o seu risco de acordo com a gravidade do seu quadro clínico.

O acolhimento consiste em um conjunto de ações que visam estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente. Durante o processo de acolhimento, o profissional deve escutar atentamente o paciente, realizando uma escuta qualificada para identificar as suas necessidades e demandas. Esse momento é fundamental para a construção de um vínculo entre o paciente e o profissional, que pode contribuir para a melhoria do cuidado em saúde.





A classificação de risco é uma etapa fundamental do processo de acolhimento, que tem como objetivo identificar a gravidade do quadro clínico do paciente e estabelecer a ordem de atendimento. Nessa etapa, é realizada uma avaliação clínica rápida, baseada em sinais e sintomas apresentados pelo paciente, que pode ser classificado em quatro categorias de risco: vermelho, amarelo, verde e azul.

Os pacientes classificados na categoria vermelha apresentam quadros clínicos graves e devem ser atendidos com prioridade máxima. São exemplos de pacientes com classificação vermelha aqueles com dor torácica intensa, parada cardiorrespiratória, convulsões, entre outros. Já os pacientes classificados na categoria amarela apresentam um risco intermediário, mas ainda exigem atendimento prioritário. São exemplos de pacientes com classificação amarela aqueles com dor abdominal aguda, crises hipertensivas, entre outros. Os pacientes classificados na categoria verde apresentam um risco baixo e podem aguardar um tempo maior para serem atendidos. São exemplos de pacientes com classificação verde aqueles com tosse, febre baixa, entre outros. Por fim, os pacientes classificados na categoria azul apresentam um risco muito baixo e podem ser atendidos em consultas agendadas.

O processo de acolhimento e classificação de risco é uma ferramenta importante para o gerenciamento dos serviços de saúde na APS. Essa abordagem permite a identificação dos pacientes mais graves e garante que eles sejam atendidos com prioridade, reduzindo o tempo de espera e melhorando a qualidade do atendimento em saúde. Além disso, o processo de acolhimento contribui para a humanização do cuidado em saúde, estabelecendo uma relação de confiança entre o paciente e o profissional de saúde. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo técnico-assistencial que permite, além da garantia de acesso, concretizar o princípio da equidade, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/ gravidade/ risco ou vulnerabilidade de cada usuário.

BENEFÍCIOS

Para as pacientes:

- Atendimento ágil para os casos de maior risco com diminuição do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam urgência, principalmente.





- Informação sobre o tempo de espera aos usuários e familiares.
- Melhoria da qualidade do atendimento.

Para os profissionais:

- Racionalização do processo de trabalho.
- Melhoria da eficácia e efetividade do serviço.
- Otimização e valorização do trabalho e trabalhador da saúde, incluído na construção das propostas.
- Melhor integração da equipe e envolvimento de todos os profissionais de saúde.
- Aumento do grau de satisfação dos profissionais de saúde, diminuição da ansiedade.

QUEM FAZ

O ACCR deve ser feito por uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/ recepção e estagiários.

São consideradas habilidades importantes a capacidade de comunicação, boa interação com os demais profissionais da equipe, usuários e familiares, paciência, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, discrição, ética e solidariedade.

A QUEM SE DESTINA

A todos os pacientes atendidos na Unidade.

COMO SE APLICA

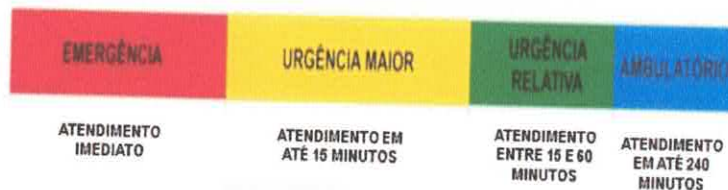
É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar à unidade demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para preenchimento da ficha de atendimento.



Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado ao Acolhimento com Classificação de Risco onde serão aferidos os dados vitais pela equipe de enfermagem e será classificada o risco pelo enfermeiro (devidamente treinado para esta prática), apoiado pelo médico que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica a usuária em:



• **1º Grupo – Prioridade Máxima (Vermelha)**

- Emergência Atender imediatamente encaminhar diretamente para atendimento médico.

• **2º Grupo – Prioridade I (Amarelo) –**

Urgência Atender em até 15 minutos e encaminhar para consulta médica prioritizada. Reavaliar periodicamente.

• **3º Grupo – Prioridade II (Verde)**

Urgência Relativa

Atender entre 15 e 60 minutos e encaminhar para consulta médica sem priorização.

Informar expectativa do tempo de atendimento e reavaliar periodicamente.

Pacientes classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente.

• **4º Grupo – Prioridade III (Azul)**

- Não urgente

Atender em até 4 horas e informar a possibilidade de encaminhamento para a Atenção Básica (UNIDADE). Pacientes classificados como AZUL poderão ser

encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde.

Todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela equipe médica.

Observação importante: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade Básica de Saúde de referência.

11. Proposta para implantação de protocolos

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 UPA:

- **Protocolo de Triagem e Classificação de Risco:**

Estabelece critérios para a avaliação inicial dos pacientes que chegam à UPA, 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 UPA, 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 UPA, identificando oportunidades de melhoria.

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

12. Proposta sistêmica de manutenção predial e ambiental

1. Levantamento e Inspeção Inicial:

Realizar um levantamento completo das condições prediais e ambientais da UNIDADE, identificando áreas que necessitam de manutenção, reparos ou melhorias.

2. Categorização das Necessidades:

Classificar as necessidades de manutenção e reparos de acordo com sua urgência e impacto na segurança e funcionalidade das instalações da UNIDADE.

3. Desenvolvimento do Plano de Manutenção:

Elaborar um plano detalhado de manutenção predial e ambiental, incluindo atividades preventivas e corretivas, assim como a alocação de recursos necessários para sua execução.



4. Implementação do Sistema de Registro e Monitoramento:

Estabelecer um sistema informatizado para registro e acompanhamento das atividades de manutenção, permitindo o controle eficiente das intervenções realizadas e a programação de novas ações conforme necessidade.

5. Treinamento da Equipe e Conscientização Ambiental:

Capacitar a equipe responsável pela manutenção predial e ambiental, fornecendo treinamentos sobre boas práticas de conservação e uso sustentável dos recursos, bem como sobre procedimentos de segurança no trabalho.

6. Parcerias e Contratos de Manutenção Externa:

Estabelecer parcerias com empresas especializadas em serviços de manutenção predial, elétrica, hidráulica, entre outros, para intervenções mais complexas e especializadas. Firmar contratos de manutenção preventiva e corretiva para garantir o suporte técnico adequado.

7. Cronograma de Manutenção Predial e Ambiental:

Atividades	Periodicidade
Inspeção geral das instalações	Semestral
Limpeza e desinfecção dos ambientes	Semanal
Manutenção preventiva de sistemas elétricos	Anual
Manutenção preventiva de sistemas hidráulicos	Semestral
Pintura e reparos em paredes e estruturas	Bienal
Manutenção de sistemas de climatização	Trimestral
Substituição de lâmpadas e reparos em sistemas de iluminação	Conforme necessidade
Manutenção de sistemas de ventilação e exaustão	Anual
Controle de pragas e vetores	Trimestral
Avaliação da qualidade do ar interno	Anual

Este cronograma pode ser ajustado de acordo com as necessidades específicas da UNIDADE e as condições locais, garantindo a manutenção regular e adequada das instalações prediais e ambientais.

8. Avaliação de Desempenho:

Realizar avaliações periódicas do desempenho do programa de manutenção predial e ambiental, utilizando indicadores de eficiência, satisfação dos usuários e conformidade com normas e regulamentos aplicáveis.



Esta proposta sistêmica de manutenção predial e ambiental visa garantir a segurança, funcionalidade e conforto das instalações da UNIDADE, promovendo um ambiente adequado para a prestação de serviços de saúde à comunidade atendida.

13. Proposta sistêmica de manutenção dos equipamentos

As áreas físicas, instalações, mobiliários, equipamentos e afins das Unidades gerenciadas pelo ISV serão mantidos estado de conservação e higiene adequados.

1. Levantamento e Inventário:

Realizar um levantamento completo de todos os equipamentos presentes na UNIDADE, incluindo informações detalhadas sobre cada um, como marca, modelo, número de série, data de aquisição, histórico de manutenção, entre outros.

2. Categorização dos Equipamentos:

Classificar os equipamentos de acordo com sua criticidade e frequência de uso, priorizando aqueles essenciais para o funcionamento diário da UNIDADE e para a segurança dos pacientes e profissionais de saúde.

3. Plano de Manutenção Preventiva:

Desenvolver um plano de manutenção preventiva para todos os equipamentos, estabelecendo periodicidade e procedimentos específicos para inspeção, limpeza, lubrificação e calibração, conforme recomendações dos fabricantes e normas técnicas aplicáveis.

4. Registro e Monitoramento:

Implementar um sistema informatizado para registro e monitoramento das atividades de manutenção, permitindo o acompanhamento do histórico de manutenção de cada equipamento, agendamento de intervenções preventivas e geração de relatórios de desempenho.

5. Treinamento da Equipe:

Capacitar a equipe técnica responsável pela manutenção dos equipamentos, fornecendo treinamentos periódicos sobre procedimentos de manutenção preventiva, identificação de

falhas e solução de problemas, garantindo a competência necessária para realizar as atividades com eficiência.

6. Parcerias e Contratos de Manutenção:

Estabelecer parcerias com empresas especializadas em manutenção de equipamentos médico-hospitalares para serviços mais complexos e especializados. Firmar contratos de manutenção preventiva e corretiva com essas empresas, garantindo um suporte técnico adequado e ágil quando necessário.

7. Reposição e Atualização Tecnológica:

Monitorar o estado de obsolescência dos equipamentos e planejar a substituição ou atualização daqueles que se tornarem obsoletos ou inadequados para atender às necessidades da UNIDADE. Estabelecer um fluxo de aprovação e aquisição de novos equipamentos de acordo com as políticas e orçamento da UNIDADE.

8. Avaliação de Desempenho:

Realizar avaliações periódicas do desempenho do programa de manutenção de equipamentos, utilizando indicadores de eficiência, eficácia e custo-benefício. Utilizar os resultados dessas avaliações para promover ajustes e melhorias contínuas no sistema de manutenção.

Essa proposta sistêmica de manutenção dos equipamentos da UNIDADE visa garantir o funcionamento adequado e seguro dos equipamentos médico-hospitalares, contribuindo para a qualidade e eficiência dos serviços de saúde prestados à comunidade atendida.

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.





POLÍTICA DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

1. Fundamentos e Conceitos de Política de Segurança da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

Para a implementação de controles de segurança faz-se necessária a criação de um processo de gestão da segurança da informação. Este processo deve considerar o incentivo à definição de políticas de segurança, cujos escopos devem abarcar o gerenciamento de riscos baseado em análise quantitativa e qualitativa, como análises de custo benefício e programas de conscientização.

A gestão da segurança da informação inicia-se com a definição de políticas, procedimentos, guias e padrões. As políticas podem ser consideradas como o mais alto nível de documentação da segurança da informação, enquanto nos níveis mais baixos podemos encontrar os padrões, procedimentos e guias. Isto não quer dizer que as políticas sejam mais importantes que os guias, procedimentos e padrões.

O primeiro documento a ser definido deve conter o comprometimento da alta administração, deixando clara a importância da segurança da informação e dos recursos computacionais para a missão institucional. É uma declaração que fundamenta a segurança da informação na totalidade da instituição. Deve conter ainda a autorização para a definição dos padrões, procedimentos e guias de mais baixo nível.

As políticas de alerta não são mandatárias, mas são fortemente incentivadas, normalmente incluindo as consequências da não conformidade com as mesmas. A política informativa é aquela que existe simplesmente para informar aos usuários de um determinado ambiente. Não implica necessariamente em requisitos específicos, e seu público alvo pode ser determinados setores somente ou até mesmo parceiros externos. Possuindo caráter genérico, pode ser distribuída para parceiros externos, como fornecedores, por exemplo, que acessam a rede do local, sem que isso acarrete o comprometimento da informação interna.

Os regulamentos de segurança são políticos que uma instituição deve implementar em conformidade com legislação em vigor, garantindo aderência a padrões e procedimentos básicos de setores específicos.

Os padrões especificam o uso uniforme de determinadas tecnologias. Normalmente são mandatários e implementados através de toda a instituição, a fim de proporcionar maiores benefícios.

Os fundamentos ou princípios são semelhantes aos padrões, com pequena diferença. Uma vez que um conjunto consistente de fundamentos seja definido, a arquitetura de segurança de uma instituição pode ser planejada e os padrões podem ser definidos. Os fundamentos devem levar em conta as diferenças entre as plataformas existentes, para garantir que a segurança seja implementada uniformemente em toda a instituição. Quando adotados, são mandatários. Os guias são similares aos padrões, embora mais flexíveis, se referindo a metodologias para os sistemas de segurança, contendo apenas ações recomendadas e são mandatárias. Consideram a natureza distinta de cada sistema de informação.

Podem ser usados para especificar a maneira pela qual os padrões devem ser desenvolvidos, como quando indicam a conformidade com certos princípios da segurança da informação.



Os procedimentos contêm os passos detalhados que devem ser seguidos para a execução de tarefas específicas. São ações detalhadas que as partes interessadas pertinentes e não pertinentes devem seguir. São considerados como inseridos no mais baixo nível em uma cadeia de políticas.

O seu propósito é fornecer os passos detalhados para a implementação das políticas, padrões e guias. Também podem ser chamados de práticas. As responsabilidades devem estar relacionadas com o perfil de cada envolvido no processo, como nos exemplos listados a seguir:

- a. Gerentes de mais alto nível: Estão envolvidos com toda a responsabilidade da segurança da informação. Podem delegar a função de segurança, mas são vistos como o principal ponto quando são consideradas as responsabilizações por eventos relacionados com a segurança;
- b. Profissionais de segurança dos sistemas de informação: Recebem da gerência de mais alto nível a responsabilidade pela implementação e manutenção da segurança. Estão sob sua responsabilidade o projeto, a implementação, o gerenciamento e a revisão das políticas, padrões, guias e procedimentos;
- c. Possuidores de dados: São responsáveis pela classificação da informação. Podem também ser responsabilizados pela exatidão e integridade das informações;
- d. Usuários: Devem aderir às determinações definidas pelos profissionais de segurança da informação;
- e. Auditor de sistemas de informação: São responsáveis pelo fornecimento de relatórios para gerência superior sobre a eficácia dos controles de segurança, consolidados através de auditorias independentes e periódicas. Também analisam se as políticas, padrões, guias e procedimentos são eficazes e estão em conformidade com os objetivos de segurança definidos para a instituição.

2. Recomendações Gerais da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

2.1. Recomendações para o uso aceitável dos recursos de TI

O uso correto e responsável dos recursos de TI deve ser aplicado a todos os usuários da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, inclusive as partes interessadas pertinentes, que utilizam esses recursos e a infraestrutura disponível.

Somente atividades lícitas, éticas e administrativamente admitidas devem ser realizadas, pelo usuário, no âmbito da infraestrutura de TI, ficando os transgressores sujeitos à Lei Penal, Civil e Administrativa, na medida da conduta, dolosa ou culposa, que praticarem.

Os sistemas de TI deverão ser utilizados sem violação dos direitos de propriedade intelectual de qualquer pessoa ou da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, como marcas e patentes, nome comercial, segredo empresarial, domínio na Internet, desenho industrial ou qualquer outro material, que não tenha autorização expressa do autor ou proprietário dos direitos, relativos à obra artística, científica ou literária.

As informações da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA devem ser utilizadas apenas para os propósitos definidos na sua missão institucional.

2.2. Recomendações para o uso seguro dos recursos de TI



O envolvimento do usuário é importante no processo da segurança dos recursos de TI, pois é na adequada utilização destes recursos, como instrumento de trabalho, que se inicia a formação de uma sólida cultura de segurança da informação. Desta forma, recomenda-se aos usuários a adoção das seguintes práticas:

- a. Manter registro das cópias de segurança;
- b. Guardar as cópias de segurança em local seguro e distinto daquele onde se encontra a informação original;
- c. Utilizar um método de senhas que garante a segurança do usuário;
- d. Alterar periodicamente suas senhas;
- e. Utilizar um método de segurança que garanta o atendimento com o Art. 46 e Art. 47, de acessos não autorizados;
- f. Certificar a procedência do site e a utilização de conexões seguras ao realizar transações via web;
- g. Certificar que o endereço apresentado no navegador corresponde ao site que realmente se quer acessar, antes de realizar qualquer ação ou transação;
- h. Digitar no navegador o endereço desejado e não utilizar links como recurso para acessar um outro endereço destino;
- i. Não abrir arquivos ou executar programas anexados a e-mails, sem antes verificá-los com um antivírus;
- j. Não utilizar o formato executável em arquivos compactados, pois estes tipos são propícios à propagação de vírus.

2.3. Recomendações sobre atividades permitidas

- a. Utilizar programas de computador licenciados para uso da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA;
- b. A instalação de programas e sistemas homologados é atribuição da administração de sistemas e TI;
- c. Criar, transmitir, distribuir, disponibilizar e armazenar documentos, desde que respeite às leis e regulamentações, notadamente àqueles referentes aos crimes informáticos, ética, decência, pornografia envolvendo crianças, honra e imagem de pessoas ou empresas, vida privada e intimidade.

2.4. Recomendações sobre atividades não permitidas

- a. Introduzir códigos maliciosos nos sistemas de TI;
- b. Revelar códigos de identificação, autenticação e autorização de uso pessoal (conta, senhas, chaves privadas etc.) ou permitir o uso por terceiros de recursos autorizados por intermédio desses códigos;
- c. Divulgar ou comercializar produtos, itens ou serviços a partir de qualquer recurso dos sistemas de TI;
- d. Tentar interferir sem autorização em um serviço, sobrecarregá-lo ou, ainda, desativá-lo, inclusive aderir ou cooperar com ataques de negação de serviços internos ou externos;

- e. Alterar registro de evento dos sistemas de TI;
- f. Modificar cabeçalho de qualquer protocolo de comunicação de dados;
- g. Obter acesso não autorizado, ou acessar indevidamente dados, sistemas ou redes, incluindo qualquer tentativa de investigar, examinar ou testar vulnerabilidades nos sistemas de TI;
- h. Monitorar ou interceptar o tráfego de dados nos sistemas de TI, sem a autorização de autoridade competente;
- i. Violar medida de segurança ou de autenticação, sem autorização de autoridade competente;
- j. Fornece informações a terceiros, sobre usuários ou serviços disponibilizados nos sistemas de TI, exceto os de natureza pública ou mediante autorização de autoridade competente;
- k. Fornecer dados classificados de acordo com a legislação vigente, sem autorização de autoridade competente;
- l. Armazenamento ou uso de jogos em computador ou sistema informacional;
- m. Uso de recurso informacional da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA para fins pessoais, incluindo entre estes o comércio, venda de produtos ou engajamento em atividades comerciais de qualquer natureza;
- n. Uso de aplicativos não homologados nos recursos informacionais;

3. Recomendações Específicas da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

3.1. Recomendações para controle de acesso à:

- a. O acesso a informações rotuladas como públicas e uso interno não é restringido com controles de acesso que discriminam o usuário. Por outro lado, o acesso às informações confidenciais ou restritas serão permitidas apenas quando uma necessidade de trabalho tiver sido identificada e tal acesso aprovado pela unidade responsável. Da mesma forma, o acesso a alguns equipamentos de hardware e/ou software especiais (como equipamentos de diagnóstico de rede chamados "sniffers") deve ser restrito a profissionais competentes, com uso registrado e baseado nas necessidades do local.
- b. Recursos automáticos: Será dado a todos os usuários, automaticamente, o acesso aos serviços básicos como correio eletrônico, aplicações de produtividade e browser WEB. Estas facilidades básicas irão variar de acordo com os cargos. Todos os outros recursos dos sistemas serão providos via perfis de trabalho ou por uma solicitação especial feita ao proprietário da informação envolvida. A existência de acessos privilegiados, não significa por si só, que um indivíduo esteja autorizado a usar esses privilégios.
- c. Solicitação de acesso: As solicitações para novas identificações de usuários e alterações de privilégios devem ser feitas por escrito e aprovadas pela chefia imediata do usuário antes que um administrador de sistema realize tal solicitação. Os usuários devem declarar, claramente, porque são necessárias alterações em seus privilégios e a relação de tais alterações com as atividades exercidas;
- d. O processo de aprovação do acesso deve ser iniciado pelo superior do usuário e os privilégios garantidos continuarão em efeito até que o usuário mude suas atividades ou deixe-as. Se um desses dois eventos

ocorrer, o superior hierárquico tem que notificar imediatamente a unidade responsável. Todos aqueles que não são usuários diretos (contratados, consultores, temporários, etc.) têm que se submeter a um processo semelhante através de seus gerentes de projetos. Os privilégios destas pessoas deverão ser imediatamente revogados quando da finalização do projeto. O mesmo deverá ser observado no desligamento antecipado, considerando ainda a responsabilização pelas atividades e atos cometidos durante a sua permanência no local.

- e. Os privilégios para todos os usuários dos serviços da rede deverão ser revistos a cada seis meses.
- f. Termo de Responsabilização e Sigilo: Todos os usuários que desejam usar os sistemas devem assinar este termo antes de acessar as dependências do local. Nos casos em que o usuário já possua a identificação e acesso ao local, mas que ainda não tenha assinado tal termo, a assinatura do termo deve ser obtida em caráter de urgência. A assinatura deste termo indica que o usuário em questão entende e concorda com as políticas, padrões, normas e procedimentos da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA relacionados ao ambiente de TI (incluindo as instruções contidas neste documento), bem como as implicações legais decorrentes do não cumprimento do disposto.
- g. Senha de Acesso: As senhas de acesso são controles de segurança essenciais para os sistemas de segurança do ambiente de TI. Para garantir que os sistemas de segurança façam a parte do trabalho para o qual eles foram desenvolvidos, os usuários devem escolher senhas que sejam difíceis de serem deduzidas.
- h. Proibição de Senhas de Acesso Cíclicas: Os usuários dos recursos de TI devem utilizar sempre novas senhas e o histórico das senhas já utilizadas deve ser mantido pelo banco de dados. Os usuários podem escolher senhas de fácil memorização, mas que sejam ao mesmo tempo difíceis de serem descobertas por outras pessoas.
- i. Encadear várias palavras formando o que é conhecido como “frases de acesso”. Combinar números e pontuação em uma palavra regular.
- j. Criar acrônimos a partir de palavras de música, um poema ou outra sequência de palavras conhecidas.
- k. Em caso de suspeita de exposição indevida do ambiente de TI, todas as senhas de acesso devem ser imediatamente alteradas.
- l. Os usuários devem possuir orientação sobre a manutenção sigilosa das suas senhas de acesso e as responsabilidades envolvidas com o mal uso das mesmas. Independente das circunstâncias, as senhas de acesso não devem ser compartilhadas ou reveladas para outras pessoas que não o usuário autorizado, ficando o proprietário da senha responsável legal por qualquer prática indevida cometida.
- m. Em caso de comprometimento comprovado da segurança do ambiente de TI por algum evento não previsto, todas as senhas de acesso deverão ser modificadas. Nestes eventos uma versão segura do sistema operacional assim como dos softwares de segurança deverá ser baixada novamente. Da mesma forma, sob uma dessas circunstâncias, todas as alterações recentes de usuários e privilégios do sistema devem ser revisadas a fim de detectar modificações não autorizadas de dados.
- n. Todos os usuários têm que ser corretamente identificados antes de estarem aptos a utilizar qualquer atividade em computador ou recursos do ambiente de TI.



- o. Quaisquer computadores que tenham comunicação remota em tempo real com os sistemas de TI, devem se submeter ao mecanismo de controle de acesso definido pela unidade competente, levando-se sempre em consideração os privilégios necessários ao acesso a cada tipo de informação.
- p. Os computadores com informações sensíveis e/ou classificadas deverão, obrigatoriamente, ser desligados ou bloqueados na ausência do usuário.
- q. Quando os equipamentos ou contas de usuário não estiverem em uso deverão ser imediatamente bloqueados ou desligados.

4. Recomendação para a Utilização do Correio Eletrônico Corporativo da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

Deve ser vedado o acesso não autorizado às caixas postais de terceiros e as tentativas de acesso deverão ser registradas em log, inclusive acessos feitos indevidamente por administradores de sistemas;

Deve ser vedado o envio de informações críticas para pessoas ou organizações não autorizadas observando quando for o caso, orientações para o tratamento de informações classificadas;

Deve ser vedado o envio de material obsceno, ilegal ou não ético, envio de propaganda, mensagem do tipo corrente e de entretenimento, relacionadas com nacionalidade, raça, orientação sexual, religiosa, convicção política ou qualquer outro assunto que possa vir a difamar o usuário como cidadão e que não tenha relação com o serviço a que o usuário é destinado no ambiente do TI.

Deve ser vedado o envio de mensagens simultâneas aos usuários da rede, exceto por intermédio da administração desta;

É necessário o registro por parte do usuário, enquanto funcionário, nas listas de discussão em que se encontra inserido, para fins de controle e possível cancelamento quando houver necessidade;

É recomendada a utilização de Assinatura Digital, para o envio de mensagens internas via Correio Eletrônico Corporativo quando do trâmite de informações classificadas, seguindo sempre a legislação vigente que trata deste assunto.

5. Recomendação para a Utilização de Aplicações Corporativas e Software de Terceiros da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

Deve ser vedado aos usuários que fazem uso de sistemas de informação o acesso não autorizado a qualquer outro sistema que não possua permissão de uso, assim como a danificação, a alteração a interrupção da operação de qualquer sistema do ambiente de TI. Da mesma maneira deve ser vedado aos usuários a obtenção indevida de senhas de acesso, chaves criptográficas ou qualquer outro mecanismo de controle de acesso que possa possibilitar o acesso não autorizado a recursos informacionais;

A classificação ou reclassificação da informação deve seguir as orientações da legislação vigente;

Deve ser vedado aos usuários o acesso, modificação, a remoção ou a cópia de arquivos que pertençam a outro usuário sem a permissão expressa do mesmo;

A ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA deve reservar o direito de revogar os privilégios de usuário de qualquer sistema e a qualquer momento. Não sendo permitidas condutas que



interfiram com a operação normal e adequada dos sistemas de informação e que adversamente afetam a capacidade de outras pessoas utilizarem esses sistemas de informação, bem como condutas que sejam prejudiciais e ofensivas;

Deve ser vedada aos usuários a execução de testes ou tentativas de comprometimento de controles interno, este tipo de prática somente pode ser permitido a usuários técnicos, em situações nas quais esteja ocorrendo monitoramento e análise de riscos, com a autorização da unidade competente;

Deve ser exigido a assinatura de termo de confidencialidade antes que seja fornecido o acesso aos sistemas relacionados com a cadeia de privilégios do usuário.

As configurações e atribuição de parâmetros em todos os computadores conectados à rede devem estar de acordo com as políticas e normas de gerenciamento internas.

A ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA quanto ao desligamento do usuário, seus arquivos armazenados em estação de trabalho ou em qualquer servidor de rede, também, seus documentos em papel devem ser imediatamente revisados pela chefia imediata para determinar quem tornará curador das informações relacionadas, assim como nos casos devidos, identificar o método mais adequado para a eliminação das mesmas, levando-se em conta as orientações sobre a eliminação de informações classificadas contidas na legislação vigente. Todas as atividades dos usuários que podem afetar os sistemas de informação da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA devem ser possíveis de reconstituição a partir dos logs de maneira a evitar ou dissuadir o comportamento incorreto. Estes procedimentos devem contar inclusive com mecanismos de responsabilização claros e amplamente divulgados nos meios de comunicação internos.

A divulgação das regras e orientações de segurança aplicadas aos usuários finais deverão ser objeto de campanhas internas permanentes, seminários de conscientização e quaisquer outros meios de maneira a criar uma cultura de segurança da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA.

Deve ser vedada a utilização de software da Internet ou de qualquer outro sistema externo. Esta proibição é necessária porque tal software pode conter vírus, worms, Cavalos de Tróia e outros podem comprometer o ambiente de TI. Caso haja uma legítima necessidade de obtenção de aplicações de terceiros o fato deve ser comunicado à unidade competente para que a mesma estabeleça os procedimentos de segurança necessários. Deve ser vedada a utilização de dispositivos de armazenamento de origem externa, nas estações de trabalho ou nos servidores de rede antes de serem submetidos a um software antivírus. Todos os softwares e arquivos transferidos de fontes que não sejam próprias, via Internet (ou qualquer outra rede Pública) devem ser examinados com o software de detecção de vírus. Este exame deve acontecer antes que o arquivo seja executado ou aberto por um outro programa, como por exemplo, por um processador de texto e também, antes e depois que o material tenha sido descompactado.

O usuário do ambiente de TI da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA não deve executar ou desenvolver qualquer tipo de programa ou processo externo às suas atividades.

Os usuários não devem desenvolver, gerar, compilar, copiar, coletar, propagar, executar ou tentar introduzir qualquer código projetado para se auto replicar, danificar ou de outra maneira obstruir o acesso ou afetar o desempenho de qualquer computador, rede ou sistema de TI. Deve ser vedado aos usuários e visitantes fumar, comer ou beber próximo aos equipamentos de TI.



6. Recomendação para a Manipulação das Informações da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

A palavra “usuário” será utilizada para designar todos utilizadores do ambiente de TI, independente do cargo ocupado;

Instruções claras e bem divulgadas sobre normas existentes sobre a manipulação de informações;

Todos os usuários têm que observar as exigências para manipulação da informação, baseadas no tipo de informação considerada e que será definida pelo seu proprietário (ou responsável) seguindo as orientações encontradas no documento de Política de Segurança. Os proprietários podem atribuir controles adicionais para maior restrição de acesso ou para ampliar a proteção a suas informações.

A divulgação de informações CONFIDENCIAIS ou RESTRITA, para qualquer pessoa (usuário ou não do ambiente de TI) da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, é proibida, a menos que este acesso tenha sido previamente autorizado pelo proprietário da informação. Todas as pessoas que não forem usuários diretos, devem assinar um termo de confidencialidade antes de terem acesso a esses tipos de informação. Os curadores dessas informações devem verificar a existência deste termo, devidamente assinado, antes de divulgá-las para pessoas que não pertençam ao quadro funcional. O acesso a este tipo de informação deve ser sempre devidamente registrado.

A reprodução da informação CONFIDENCIAL e/ou RESTRITA, incluindo a impressão de cópias adicionais, não é permitida a menos que seja explicitamente autorizada por seu proprietário. Da mesma forma, trechos, resumos, traduções ou qualquer material derivado de informações sensíveis ou resguardadas por direitos autorais, não poderão ser feitos a menos que o proprietário da informação tenha aprovado previamente.

O transporte físico das informações CONFIDENCIAIS e/ou RESTRITAS requer a observação no disposto em legislação relacionada.

Quando as informações são CONFIDENCIAIS e/ou RESTRITAS não forem mais necessárias e quando exigências legais ou regulatórias para sua retenção não se aplicarem mais, elas deverão ser destruídas de acordo com os métodos aprovados. É proibida a eliminação em latas de lixo ou em depósitos de papel que serão encaminhados para reciclagem. A informação sensível em forma de papel deve ser eliminada com o uso de picotador de papel. A informação sensível armazenada em disquetes, fitas magnéticas ou outras mídias magnéticas computacionais deve ser destruída via reformatação ou apagando-se a informação caso a mídia seja reutilizada por outros sistemas do da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA. A simples “remoção” de uma informação sensível armazenada em uma mídia magnética não é suficiente porque a informação pode ser definitivamente destruída com cortadores ou colocada em um recipiente especialmente destinado a armazenagem de informação sensível que será destruída.

7. Responsabilidade da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

É de competência de cada unidade e responsabilidade para assinatura de seus usuários, objetivando a declaração de conhecimento de suas normas de segurança. As transgressões a tais normas deverão ser apuradas em conformidade com a legislação aplicável.





Anexo I

Glossário de Termos Técnicos

A

Ambiente do Site - Infraestrutura computacional, de rede e lógica, que compõe a base para o provimento do serviço Web.

Arquitetura de Rede - É uma definição de alto nível do comportamento e das conexões entre nós em uma rede, suficiente para possibilitar a avaliação das propriedades da rede.

Atacante - Indivíduo responsável pela realização de um ataque. **Ataque** - Ação que constitui uma tentativa deliberada e não autorizada para acessar/manipular informações, ou tornar um sistema não confiável, ou indisponível, violando assim a política de segurança. Um ataque bem-sucedido que resulte no acesso ou manipulação de informações, de forma não autorizada, é chamado de invasão.

Ataque de Negação de Serviço - Ataque que consiste em impedir o acesso autorizado a recursos de um sistema, seja através de uma grande sobrecarga no processamento de dados de um sistema computacional, da saturação de um ponto de acesso através de um grande tráfego de dados para uma rede, ou da indisponibilização de um ou mais serviços desse sistema.

Atividade Maliciosa - Qualquer atividade que infrinja a política de segurança de uma instituição ou que atente contra a segurança de um sistema computacional.

Autenticação - Procedimento utilizado na identificação de usuários, dispositivos ou processos, e que é pré-requisito para o acesso aos recursos de um sistema.

Autorização - É o direito ou permissão de acesso a um recurso de um sistema.

B

Backdoor - Programa que permite a um invasor retornar a um computador comprometido. Normalmente este programa é colocado de forma a não ser notado.

C

Capacidade de Sobrevivência (Survivability) - É a capacidade de um sistema de cumprir a sua missão, no momento certo, na presença de ataques, falhas ou incidentes.

Cavalo de Tróia - É um Programa que além de executar funções para as quais foi aparentemente projetado, também executa outras funções normalmente maliciosas e sem o conhecimento do usuário.

Cenário de Uso - É uma instância do uso de um sistema, tanto o uso legítimo como o uso em uma invasão. O organismo utilizador, normalmente caracterizada por um processo ou programa de computador, que requisita e utiliza recursos/informações e interage com um serviço fornecido por um sistema computacional, como por exemplo um servidor Web (ver Servidor Web, Serviço Web).

Código Malicioso - Programa, ou parte de um programa de computador, projetado especificamente para atentar contra a segurança de um sistema computacional, normalmente através de exploração de alguma vulnerabilidade desse sistema.

Comprometimento de segurança - É uma violação de segurança na qual os recursos do sistema são expostos, ou potencialmente expostos, a um acesso não autorizado.

Confiança - Atributo de um sistema de informação que provê a base para ter a confiança de que o sistema opera de forma a cumprir a política de segurança.

Confiança (Assurance) - Medida de confiança garantida pela arquitetura ou pelas características de segurança implementadas em um sistema de informação automatizado.

Confidencialidade - É o requisito que diz que uma informação não é disponibilizada ou revelada para partes não autorizadas.

Contato Técnico de Segurança - Pessoa ou equipe a ser acionada em caso de incidente de segurança envolvendo um sítio governamental, com atribuições eminentemente técnicas sobre a questão.

Correção de Segurança - Software que têm por finalidade corrigir os problemas de segurança referentes a vulnerabilidades conhecidas. Também chamado de patch, hot fix ou service pack.

Criptografia - É a disciplina que trata dos princípios, meios e métodos para a transformação de dados, tornando-os ininteligíveis, de forma a possibilitar a detecção de modificações no conteúdo da informação e/ou prevenir seu uso não autorizado.

Controle de Acesso - Mecanismo utilizado para proteger os recursos de um sistema de acesso não autorizado. Deve permitir, de acordo com uma política de segurança, o acesso somente às entidades autorizadas, como usuários, processos, programas ou outros sistemas.

D

Desfiguração de Site - Ataque que consiste em desfigurar, ou seja, substituir ou alterar o conteúdo de uma ou mais páginas Web em um site. A desfiguração normalmente é consequência da exploração bem-sucedida de uma vulnerabilidade no servidor Web que hospeda as páginas do sítio.

Detecção de Intrusão - Consiste no monitoramento e análise de eventos em sistemas computacionais, com o propósito de detectar e prover alertas sobre tentativas de acesso não autorizado a recursos destes sistemas.

Direito de Acesso - É a permissão dada a uma pessoa para acessar e manipular informações presentes em um sistema.

Disponibilidade - É o requisito que diz que os recursos de um sistema estarão disponíveis para acesso, por pessoas autorizadas, sempre que venham a ser solicitados.

Firewall - Um sistema, constituído pela combinação de software e hardware, que intermedia o acesso a uma rede, permitindo ou proibindo certos tipos de acesso, de acordo com uma política de segurança pré-estabelecida.

Firewall Pessoal - Um sistema utilizado para proteger um único computador contra acessos não autorizados. Constitui um tipo específico de firewall.



I

Incidente de Segurança - Um incidente de segurança é caracterizado por qualquer evento adverso, confirmado ou sob suspeita, relacionado à segurança de sistemas computacionais ou de redes de computadores. Tentativas de obter acesso não autorizado a sistemas ou dados, ataques de negação de serviço, uso ou acesso não autorizado a um sistema e desrespeito à política de segurança ou à política de uso aceitável de uma instituição são exemplos de incidentes de segurança.

Informação de Autenticação - Informação apresentada e utilizada para confirmar a identidade de alguém, como usuários, processos, programas ou sistemas.

Integridade - É o requisito que diz que uma informação não é modificada ou destruída de maneira não autorizada ou acidental.

Intrusão - Ver Invasão. Intruso - Ver Invasor.

Invasão - Evento ou combinação de eventos que constituem um incidente de segurança em que um invasor ou um código malicioso obtém acesso a um sistema, ou a recursos de um sistema, de forma não autorizada.

Invasor - Indivíduo responsável pela realização de uma invasão.

Irretratabilidade - Garantia de que o emissor de uma mensagem não irá negar posteriormente a sua autoria ou participação em uma transação. É controlada pela existência de uma assinatura digital que somente o emissor pode gerar.

M

Mecanismo de Controle de Acesso (Access Control Mechanism) - São mecanismos de hardware ou software, procedimentos operacionais ou gerenciais usados para detectar e prevenir os sistemas computacionais contra acessos não autorizados.

Modelo de Uso (Usage Model) - É a definição de todos os cenários de utilização possíveis de um ambiente de sistemas, incluindo o uso legítimo é aquele possível de ser explorado por um intruso.

Mecanismos de Controle de Acesso - São mecanismos de hardware ou software, ou procedimentos operacionais ou gerenciais, usados para proteger os sistemas computacionais contra acessos não autorizados.

Modo seguro - É o conjunto que envolve configurações, procedimentos e diretrizes de segurança recomendados por entidades notoriamente reconhecidas na área de segurança da informação.

N

Negação de Serviço - É o ataque à segurança feito a partir da saturação de um ponto de acesso de forma que este não disponha de banda passante para o atendimento dos seus usuários legítimos.

O

Órgãos Conveniados - São aquelas entidades que não fazem parte das estruturas organizacionais da Administração Pública Federal (APF), e, mediante convênio, utilizam os serviços oferecidos por meio dos



Sistemas de TI destas. Órgão Proprietário do Sítio Governamental - Entidade governamental proprietária do domínio onde se encontram armazenadas as informações e serviços prestados.

P

Plug-in - Módulo constituído por um dispositivo de hardware ou software, que adiciona uma característica, funcionalidade ou serviço específico a um sistema.

Política de Segurança - Atribui direitos e responsabilidades aos indivíduos que lidam com os recursos computacionais de uma instituição e com as informações neles armazenados. Define as atribuições de cada indivíduo em relação à segurança dos recursos com os quais trabalha. Qualquer evento que resulte no descumprimento da política de segurança é considerado um incidente de segurança.

Política de Uso Aceitável - Documento que define como os recursos computacionais de uma instituição podem ser utilizados. Também define os direitos e responsabilidades dos usuários destes recursos.

R

Recursos da Infraestrutura de TI - Os recursos da infraestrutura de TI incluem equipamentos, utilitários, aplicativos, sistemas operacionais, mídias de armazenamento, contas em servidores, contas de correio eletrônico, navegação na Internet e intranet, serviço de transferências de dados, terminal virtual, comunicação interativa e sistemas de gestão.

Rede Sem Perímetro - É uma rede caracterizada por tipologia e funcionalidade que não podem ser determinadas, assim como pela ausência de controle centralizado.

Registro de Evento - Conjunto de informações armazenadas e que estão relacionadas aos eventos ocorridos em um determinado contexto, como serviços Web, autenticação de usuários, etc.

Requisitos de Sobrevivência de Serviços - É a definição dos serviços essenciais assim como das funcionalidades relacionadas com a resistência, reconhecimento, recuperação e adaptação, e evolução que são suficientes para satisfazer os requisitos necessários à garantia da sobrevivência do sistema.

S

Script - Um script consiste em uma lista de comandos que podem ser executados sem a interação do usuário. Normalmente é escrito em uma linguagem de programação simples, que facilita o seu desenvolvimento. É bastante utilizado, por exemplo, em serviços Web, para a realização de buscas, processamento e fornecimento de informações em páginas Web.

Serviços de Adaptação e Evolução - São funções que melhoram continuamente a capacidade do sistema de fornecer os serviços essenciais, melhorando sua resistência, capacidade de reconhecimento e recuperação.

Serviços Subsidiários - São serviços adicionais à emissão dos certificados que suportam a assinatura digital e outros serviços relacionados ao comércio eletrônico como criptografia de dados. Como exemplo deste tipo de serviços pode-se citar serviços de diretoria e serviços de geração de pares de chaves. O serviço de diretório possibilita que os usuários recuperem certificados e outras informações sobre pessoas, como nomes distintos e endereços de e-mail. Serviços de geração de pares de chaves fornecem aos usuários pares



de chaves pública/privada de alta qualidade apropriadas para um algoritmo criptográfico particular. As chaves privadas são seguramente destruídas após a sua geração de forma a evitar potenciais comprometimentos.



Anexo II

Referências de Legislação 3.2 Decreto N° 8.183, de 11 de abril de 1991 dispõe sobre a organização e o funcionamento do Conselho de Defesa Nacional. 3.3 Decreto N° 1.048, de 21 de janeiro de 1994 dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do SISP 3.4 Decreto 3505, de 14 de julho de 2000 atualiza o código penal e dá outras providências 3.6 Decreto 4553 Define procedimentos para a classificação de informações sensíveis.



Anexo III

Exemplo de Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu, _____, Portador do documento de identidade nº _____, comprometo-me a manter sigilo sobre dados, processos, informações, documentos e materiais que eu venha a ter acesso ou conhecimento no âmbito da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, em razão das atividades profissionais a serem realizados e ciente do que preceituam a Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), no seu art. 229, inciso I; o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), nos arts. 153, 154, 314, 325 e 327; o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código do Processo Penal), no art. 207; a Lei nº 5.689, de 11 de janeiro de 1973 (Código de Processo Civil), nos arts. 116, 117, 132 e 243; a Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991 (Lei de Arquivos), nos arts. 4, 6, 23 e 25; a Lei nº 9.983, de 14 de julho de 2000 (Alteração do Código Penal); e o Decreto nº 4.553, de 27 de dezembro de 2002 (Salvaguarda de dados, informações, Documentos e materiais sigilosos).

E por estar de acordo com o presente Termo, assino-o na presença das testemunhas abaixo mencionadas.

Colaborador

Diretoria



**ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTENCIA À
MATERNIDADE E A INFANCIA DE LAVRAS DA
MANGABEIRA – CE**

CNPJ 07609 365/0001-67

BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA
MANGABEIRA – CEARA

Presidente: Mirialdo Linhares Garcia,

Primeiro Secretário: Júlia Maria Linhares de Sá Torres

Primeiro Tesoureiro: João Vieira da Silva

Vice-Presidente: Gustavo Belchior Linhares

Segundo Secretário: Maria Sizenita Venâncio Gonçalves

Segundo Tesoureiro: Ieda Torquato Lobo Vieira

Data da Revisão: 01/11/2023

Versão: 1.0



SUMÁRIO

Apresentação

Principais Referências Normativas

Gestão da Integridade na EBSEH

Premissas do Programa

a. Comprometimento da Alta Administração

b. Independência, estrutura e autoridade da área responsável pelo Programa de Integridade

c. Instâncias com responsabilidades pelo Programa de Integridade

Riscos de Integridade

Elementos da Integridade

a. Código de Ética e Conduta do ISV

b. Prevenção

c. Comportamentos esperados dos colaboradores

d. Amplitude deste programa

e. Registros e controles contábeis confiáveis e íntegros

f. Atendimento aos requisitos de transparência nas contratações

g. Prevenção de fraudes e ilícitos

h. Atuação dos agentes públicos na gestão dos contratos administrativos

i. Troca de brindes e materiais institucionais a parceiros

j. Incorporação de unidades hospitalares

Canal de denúncias

Capacitação e Comunicação Social

a. Capacitação

b. Comunicação Social

Monitoramento

a. Aplicação de medidas disciplinares em caso de violação deste Programa

b. Detecção e interrupção de irregularidades ou infrações e remediação

dos danos gerados

c. Monitoramento

Anexo (Plano de Integridade)

Definições



APRESENTAÇÃO

Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará, constituída sob forma de Associação, sem fins lucrativos, que terá duração por tempo indeterminado, localizada na ROD BR 230, S/N, Bairro Virgílio de Aguiar Gurgel, CEP 63.300-000, sede e foro no município de Lavras da Mangabeira, Estado de Ceará.

A Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará adotará o nome fantasia de Instituto São Vicente.

A Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e a Infância de Lavras da Mangabeira - Ceará, tem por finalidade:

I - prestar serviços médicos hospitalar e ambulatorial, com atendimento em pequena, média e alta complexidade;

II - realizar exames laboratoriais, de imagem e eletrocardiograma;

III - realizar a gestão e operação de unidades e serviços voltados para a promoção de saúde, assistência social e áreas afins, públicos ou privados.

Atuando no segmento dos serviços não exclusivos no qual o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas na oferta de serviços estes que envolvem direitos humanos fundamentais, como no caso específico a saúde, O Instituto São Vicente, tem plena noção da sua responsabilidade tanto perante a gestão pública quanto à sociedade.

O Instituto São Vicente é uma Organização Social, planejada e efetivada em consonância com as diretrizes da Lei Federal no 9.637, de 15 de maio de 1998, leis estaduais e municipais vigentes que dispõem sobre a qualificação de entidades, sendo composta por uma equipe administrativa, assistencial e multidisciplinar qualificada em prestação de serviços de Gestão e tecnologia nas áreas da saúde, Educação e Projetos Sociais.

Observa-se que a integridade pública é composta por estruturas institucionais que contribuem para a realização dos objetivos desejados pela sociedade. Nesse contexto, a predominância da transparência desempenha um papel fundamental no interesse público, fortalecendo a confiança dos cidadãos em suas instituições.

Na prática, esse sentimento se reflete no escrutínio de todos os aspectos das ações dos gestores, incluindo decisões, planos, orçamentos, despesas, contratos, transferências e metas. Isso



permite determinar se a organização está cumprindo sua missão. A ampla fiscalização é o ceme dessa questão, e a integridade é a garantia desse processo.

Com a efetiva implementação deste programa, a instituição reforça seu compromisso com a sua missão institucional e convoca todos os colaboradores a adotar comportamentos íntegros e éticos como parte integrante de seu DNA organizacional. Essa iniciativa destaca o papel da instituição como um modelo de conduta exemplar para a sociedade à qual ela se dedica. Além disso, é importante ressaltar que, ao seguir esses princípios de integridade e ética, a instituição não apenas serve como referência, mas também contribui para o fortalecimento de laços de confiança com seus stakeholders, promovendo um ambiente de respeito e responsabilidade em todas as suas operações.

O programa não só estabelece diretrizes claras, mas também fornece os recursos e o suporte necessários para que todos os colaboradores possam desempenhar um papel ativo na promoção desses valores em todas as interações da organização com a sociedade.

O Instituto São Vicente é uma Organização Social que atua nas áreas da saúde, educação e projetos sociais. Com o objetivo de promover uma cultura de integridade e compliance em toda a sua organização, o Instituto São Vicente estabelece o presente Programa de Integridade e Compliance.

Este Programa tem como objetivo:

Garantir que o Instituto São Vicente opere de forma ética e em conformidade com as leis, normas e regulamentos aplicáveis;

Proteger os interesses da organização, de seus colaboradores, parceiros e beneficiários;

Prevenir e combater a corrupção, fraudes e outras irregularidades.

Princípios

O Programa de Integridade e Compliance do Instituto São Vicente é baseado nos seguintes princípios:

Transparência: Todas as atividades do Instituto São Vicente devem ser realizadas de forma transparente, com acesso público às informações relevantes.

Responsabilidade: Todos os colaboradores do Instituto São Vicente são responsáveis por agir de forma ética e em conformidade com as leis, normas e regulamentos aplicáveis.

Equidade: Todas as pessoas devem ser tratadas de forma justa e imparcial, independentemente de sua posição ou cargo.

Responsabilidade social: O Instituto São Vicente deve atuar de forma responsável com a sociedade e o meio ambiente.

Áreas de aplicação



O Programa de Integridade e Compliance do Instituto São Vicente aplica-se a todas as atividades da organização, incluindo:

Operações administrativas: O Instituto São Vicente deve adotar políticas e procedimentos que garantam a integridade e conformidade de suas operações administrativas, como compras, contratações, finanças e contabilidade.

Atividades operacionais: O Instituto São Vicente deve adotar políticas e procedimentos que garantam a integridade e conformidade de suas atividades operacionais, como prestação de serviços de saúde, educação e projetos sociais.

Relações externas: O Instituto São Vicente deve adotar políticas e procedimentos que garantam a integridade e conformidade de suas relações externas, como com fornecedores, parceiros e beneficiários.

Mecanismos de controle

O Instituto São Vicente implementará os seguintes mecanismos de controle para garantir a eficácia do Programa de Integridade e Compliance:

Código de Conduta: O Instituto São Vicente adotará um Código de Conduta que estabeleça os princípios e valores que devem orientar o comportamento de todos os colaboradores.

Treinamento: O Instituto São Vicente oferecerá treinamentos periódicos a todos os colaboradores sobre os princípios e valores do Programa de Integridade e Compliance.

Canal de denúncia: O Instituto São Vicente disponibilizará um canal de denúncia anônimo para que os colaboradores possam relatar irregularidades.

Investigação e apuração: O Instituto São Vicente investigará e apurará todas as denúncias recebidas, tomando as medidas cabíveis.

Comitê de Integridade e Compliance

O Instituto São Vicente criará um Comitê de Integridade e Compliance responsável por supervisionar a implementação e o funcionamento do Programa de Integridade e Compliance. O Comitê será composto por representantes da alta administração da organização, bem como por colaboradores de diferentes áreas.

Responsabilidades

As responsabilidades pelo cumprimento do Programa de Integridade e Compliance são as seguintes:

Alta administração: A alta administração do Instituto São Vicente é responsável por garantir o apoio e a liderança do Programa de Integridade e Compliance.

Colaboradores: Todos os colaboradores do Instituto São Vicente são responsáveis por cumprir os princípios e valores do Programa de Integridade e Compliance.

Comitê de Integridade e Compliance: O Comitê de Integridade e Compliance é responsável por supervisionar a implementação e o funcionamento do Programa de Integridade e Compliance.



PRINCIPAIS REFERÊNCIAS NORMATIVAS

O Programa de Integridade do Instituto São Vicente se baseia em um arcabouço de legislações do ambiente externo e normativas internas que estabelecem as diretrizes para a conduta ética de todos os envolvidos, sejam dirigentes, colaboradores, parceiros ou terceiros da instituição. Essas orientações éticas orientam as interações e ações da organização em consonância com os mais elevados padrões de integridade.

O programa concentra-se na promoção de exemplos éticos e, simultaneamente, na prevenção e combate a atos de fraude e corrupção. Anualmente, a eficácia do programa é avaliada através dos canais de monitoramento designados, garantindo que as práticas e políticas de integridade estejam sendo adequadamente implementadas e ajustadas conforme necessário. Além disso, a avaliação contínua do programa contribui para a constante melhoria das práticas da instituição, reforçando seu compromisso com a integridade e a ética em todas as esferas de atuação. Abaixo, seguem os principais instrumentos que mobilizam o sistema de integridade corporativo:

- 1) Código de Ética e Conduta;
- 2) Regulamento de Seleção de Pessoal;
- 3) Regulamento de compras e aquisições;
- 4) Ouvidoria



A cultura da integridade permeia integralmente a estrutura de governança e gestão do Instituto São Vicente (ISV). O objetivo primordial é assegurar que todos os colaboradores compreendam plenamente suas responsabilidades e desfrutem do apoio incondicional da Alta Administração ao executarem suas funções.

O Programa de Integridade do ISV aborda essa temática por meio de um conjunto de elementos fundamentais, incluindo:

Liderança: Definindo claramente o comprometimento da alta liderança com a integridade e a ética, estabelecendo um exemplo inspirador para todos os colaboradores.

Padrões de Conduta: Estabelecendo diretrizes e normas rígidas que delineiam os princípios éticos pelos quais todos os envolvidos devem se orientar em suas atividades.

Correção: Enfatizando a importância da retidão e da conformidade estrita com leis e regulamentos em todas as ações da organização.

Denúncias: Oferecendo canais seguros e confidenciais para denúncias de irregularidades, garantindo um ambiente onde as preocupações possam ser expressas sem medo de retaliação.

Capacitação: Proporcionando treinamento contínuo para que os colaboradores compreendam plenamente os princípios éticos e as políticas de integridade da instituição.

Comunicação: Garantindo que a mensagem de integridade seja disseminada amplamente e de maneira compreensível para todos os públicos envolvidos.

Monitoramento: Estabelecendo processos de acompanhamento para avaliar a eficácia das práticas de integridade e tomar medidas corretivas quando necessário.

Riscos e Controle Interno: Identificando e gerenciando proativamente os riscos relacionados à integridade e mantendo controles internos eficazes para prevenir e detectar irregularidades.

A gestão da ética é um dos pilares fundamentais deste programa e inclui ferramentas reconhecidas, como detecção, investigação e a aplicação de sanções que variam de ações disciplinares a processos criminais, conforme a gravidade das infrações.

Este documento apresenta o Programa de Integridade de forma transparente e acessível, não apenas para os colaboradores, mas também para a sociedade em geral e os órgãos de controle. O ISV tem o firme propósito de servir como um modelo de integridade e ética, representando um



exemplo a ser seguido pela sociedade. Nossa equipe acredita firmemente que a integridade é um valor transcendental que vai além das questões governamentais e serve ao bem-estar do Estado e da comunidade como um todo.

05 PILARES DA POLÍTICA DE INTEGRIDADE

Compromisso da Alta Administração

O compromisso da alta administração é o alicerce de uma política de integridade eficaz. Isso envolve a liderança da organização demonstrando, por meio de palavras e ações, seu comprometimento inabalável com a integridade e a ética. Eles estabelecem um exemplo claro para todos os colaboradores, parceiros e partes interessadas.

A alta administração deve:

- Comunicar e reforçar consistentemente os valores e princípios éticos da organização.
- Definir as expectativas de comportamento ético e conformidade com leis e regulamentos.
- Apoiar a implementação de políticas de integridade e tomar medidas corretivas em caso de violações.
- Participar ativamente de iniciativas de integridade e promover um ambiente onde a ética seja priorizada.

Código de Ética e Conduta

O Código de Ética e Conduta é um documento essencial que estabelece os princípios éticos pelos quais todos os envolvidos na organização devem se guiar. Ele descreve as diretrizes e normas que definem o comportamento esperado e os valores da organização.

As premissas do Código de Ética e Conduta inclui:

- Estabelecer regras claras e compreensíveis que abordem situações éticas comuns.
- Proporcionar orientações sobre como os colaboradores devem agir em situações éticas complexas.
- Definir consequências para o não cumprimento das normas éticas.
- Ser amplamente comunicado e facilmente acessível a todos os envolvidos.

Gestão de Riscos e Controles Internos

A gestão de riscos e controles internos é fundamental para identificar, avaliar e mitigar riscos relacionados à integridade.

A forma de atuação envolve:

- Identificar possíveis riscos éticos e de conformidade em todas as áreas da organização.



- Implementar controles internos eficazes para prevenir e detectar violações éticas.
- Realizar avaliações regulares de riscos para manter os controles atualizados.
- Desenvolver planos de contingência para gerenciar crises éticas ou violações.

Capacitação e Treinamento

A capacitação e treinamento são vitais para garantir que todos compreendam plenamente os princípios éticos da organização e como aplicá-los em situações práticas.

A forma de trabalho de capacitação e treinamento inclui:

- Fornecer treinamento regular sobre integridade e ética para todos os colaboradores.
- Abordar tópicos como o Código de Ética, políticas de integridade e práticas de conduta.
- Assegurar que os colaboradores estejam cientes das implicações legais e éticas de suas ações.
- Oferecer oportunidades para tirar dúvidas e buscar orientações sobre situações éticas.

Canais de Denúncia e Investigação

Os canais de denúncia e investigação são mecanismos críticos para identificar e lidar com violações éticas. Tendo como objetivos:

- Estabelecer canais seguros e confidenciais para relatar preocupações éticas.
- Garantir que as denúncias sejam tratadas de maneira imparcial e justa.
- Realizar investigações completas em resposta a denúncias de violações éticas.
- Tomar medidas corretivas apropriadas, incluindo a aplicação de sanções, quando necessário.

Cada um desses elementos desempenha um papel vital na promoção de uma cultura de integridade e ética dentro da organização, protegendo-a de riscos éticos e fortalecendo a confiança dos colaboradores, parceiros e partes interessadas. Eles devem trabalhar em conjunto de maneira coordenada para garantir a eficácia da política de integridade.

Revisão e atualização

O Programa de Integridade e Compliance do Instituto São Vicente será revisado periodicamente para garantir sua adequação às necessidades da organização.

O Instituto São Vicente está comprometido com a promoção de uma cultura de integridade e compliance em toda a sua organização. O presente Programa estabelece os princípios, diretrizes e mecanismos de controle necessários para alcançar esse objetivo.



REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 1º. Para o cumprimento do conjunto de diretrizes e princípios previstos no Estatuto Social e demais documentos da entidade, ficam estabelecidos as seguintes regras de organização e funcionamento, aplicáveis ao conjunto de associados:

Art. 2º. São instâncias consultivas e deliberativas do ISV:

- I. A Assembleia Geral;
- II. A Diretoria;
- III. O conselho fiscal;
- IV. O conselho de administração;

§1º As instâncias deliberativas são a Assembleia Geral e a Diretoria ;

§2º As instâncias de caráter consultivo são o Conselho Fiscal, o Conselho de Administração.

Art. 3º. A Assembleia Geral será coordenada pelo Diretor Presidente ou, na ausência deste, pelo Diretor Vice-Presidente ou, estando também ausente, pelo Diretor Financeiro.

Art. 4º. Os trabalhos na Assembleia Geral obedecerão à seguinte ordem:

- I. Aprovação e discussão da Pauta do dia;
- II. Eleição e destituição dos membros da Diretoria e do Conselho Fiscal;
- III. Aprovação dos planos e planejamento do ISV;
- IV. Aprovação de alteração e reforma do Estatuto Social;
- V. Aprovação de alteração do Regimento Interno;
- VI. Revisão ou anuência, conforme o caso, das deliberações da Diretoria ;
- VII. Fixação do valor das contribuições habituais a serem pagas pelos associados

ASSOCIACAO DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E
INF A:07609365000167
Data: 2023.09.25 15:00:38 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ – CNPJ 07609 365/0001-67

mantenedores;

VIII. Deliberação sobre assuntos não previstos no Estatuto Social ou qualquer outro assunto de relevância para o ISV que lhe seja submetido;

§1º As decisões serão tomadas pela maioria simples dos membros presentes, salvo nos casos em que haja previsão diversa no Estatuto;

§2º As votações poderão ser simbólicas ou nominais, abertas ou secretas, a critério dos presentes em cada reunião, devendo ser consignado em ata a forma de votação adotada, bem como o resultado de cada deliberação;

§3º Sob responsabilidade do Secretário, deverá ser lavrada e registrada em livro próprio a Ata de cada Assembleia Geral, assinada pelos integrantes da mesa, nos termos do Estatuto Social;

§4º As matérias constantes da pauta poderão ser transferidas para a próxima reunião ordinária, quando terão preferência para discussão e votação;

§5º Poderão ser incluídas na pauta do dia, matérias consideradas de urgência pela Plenária;

§6º As questões de ordem terão preferência sobre quaisquer outras, não podendo o Presidente negar a palavra ao associado que a solicitar para esse fim;

§7º O associado que assim desejar, poderá requerer ao Presidente que conste em ata seu pronunciamento, bem como seu voto, quando este for diverso da deliberação dos membros presentes.

Art. 5º. Para o exercício de suas competências estatutárias, a Assembleia Geral poderá:

I. Requisitar informações a qualquer Associado ou membro da Diretoria, Conselho de Administração e Conselho Fiscal;

ASSOCIACAO DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25 14:59:14 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ - CNPJ 07609 365/0001-67



- II. Determinar a continuidade, suspensão ou a conclusão de estudos ou atividades de interesse da entidade;
- III. Analisar recursos e pedidos de reconsideração;
- IV. Solicitar a petição de demandas perante os órgãos públicos ou privados;

Art. 6º A Diretoria , sempre que reunida, deliberará sobre questões previamente estabelecidas.

Art. 7º. O Conselho Fiscal e o Conselho de Administração reunir-se-ão, ordinária ou extraordinariamente, conforme determinação do Estatuto ou a critério de seus integrantes, e suas atividades poderão ser registradas em livro próprio.

Art. 8º. Para o exercício de suas funções o Conselho Fiscal poderá:

- I. Requerer a qualquer tempo à apresentação dos relatórios, balancetes, extratos e ou contratos bancários e demais documentos financeiros necessários à elaboração de seu relatório de análise das contas;
- II. Requerer a participação do Diretor Presidente, do Diretor Administrativo Financeiro ou de qualquer outro integrante da diretoria para obter esclarecimentos acerca de omissões, obscuridades ou contradições dos documentos financeiros da associação.

Dos Associados

Art. 09. Os Associados, além de se submeterem a este regimento deverão ter ciência de seus direitos e deveres conforme Estatuto.

Art. 10. São considerados associados ausentes os associados Integrantes que em 6 (seis) meses consecutivos ou 9 (nove) meses alternados em um período de 2 (dois) anos, por vontade própria, deixaram de participar da vida ativa da Associação, assim compreendendo, de forma global ou isolada as seguintes situações:

- I. não participação nas reuniões da Assembleia Geral;
- II. Outras situações reconhecidas por decisão de maioria absoluta dos Órgãos deliberativos do ISV.

ASSOCIACAO DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25 14:58:28 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ – CNPJ 07609 365/0001-67

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha Nº 87

009.365/000



Parágrafo único – Fica o associado Integrante com residência e domicílio fora da sede do Instituto, em um raio de 100 km (cem quilômetros), desobrigado das demais condições estabelecidas neste artigo, devendo, todavia, pelo menos 1 (uma) vez por ano manter contato com a Associação através de participação de 1 (uma) de suas reuniões e de 1 (uma) visita a sede.

Art. 11. São considerados dependentes dos associados aqueles reconhecidos pela legislação vigente ou, em caso excepcional, os admitidos pelos Órgãos Deliberativos.

Parágrafo único – São deveres dos dependentes, no que for cabível, todos os deveres da categoria do associado do qual é dependente.

CAPÍTULO II

DOS COLABORADORES

Art. 12. O quadro de colaboradores do ISV deverá ser composto de pessoas jurídicas e profissionais especializados, contratados para a execução de suas diferentes atividades técnicas e administrativas, em número compatível com a necessidade dos trabalhos, desde que os encargos decorrentes não prejudiquem o seu equilíbrio financeiro.

§1º Nas contratações de colaboradores realizadas pelo ISV, a Diretoria observará critérios de transparência, impessoalidade, igualdade e publicidade;

§2º É de responsabilidade dos colaboradores zelar pelo cumprimento da legislação, do Estatuto, deste Regimento Interno e das demais normas oriundas dos órgãos deliberativos do ISV.

Do processo de seleção

Art. 13. O processo de seleção de colaboradores deve ser requisitado por meio de adequado dimensionamento das necessidades do ISV, encaminhado à Diretoria, a qual compete deliberar sobre a contratação.

ASSOCIACAO DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO
PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25 14:57:49 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ – CNPJ 07609 365/0001-67

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No 8

07.36516



Art. 15. Quando se tratar de pessoas jurídicas, compete ainda demonstrar o atendimento aos seguintes critérios, sem prejuízo dos demais que porventura sejam exigidos pela legislação vigente, Estatuto social e demais normas internas do ISV:

- I. Prova de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);
- II. Registro na Junta Comercial, quando exigido pela legislação;
- III. Possuir capacidade econômica compatível com a sua execução.

Art 15. Quando se tratar de profissionais colaboradores pessoas físicas, compete demonstrar o critério de especialização na área de atuação por meio de certificação que comprove o grau (graduação e/ou pós-graduação) exigido para o exercício das atividades, sem prejuízo dos demais critérios que porventura sejam exigidos pelo Estatuto social e pela legislação vigente, sendo os contratados nesta modalidade regidos pelas normas da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Parágrafo único – Excluem-se dos critérios acima os membros da Diretoria, do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal, uma vez que são cargos eletivos providos na forma do Estatuto Social e por este regido, não incidindo sobre esses quaisquer das hipóteses de contratação tratadas anteriormente.

CAPÍTULO III

DOS PROCEDIMENTOS DISCIPLINARES

Art. 16. Na hipótese de descumprimento das obrigações sociais, administrativas ou éticas definidas no Estatuto Social e no Código de Ética do ISV, bem como na legislação vigente, por decisão da Assembleia Geral ou da Diretoria, serão iniciados procedimentos disciplinares com o objetivo de apurar o fato determinado e aplicar a sanção adequada aos respectivos associados e/ou colaboradores.

Art. 17. Nos casos envolvendo associados, os procedimentos disciplinares serão conduzidos por comissões criadas especificadamente para apurar a ocorrência de qualquer das infrações mencionadas no Estatuto Social e no Código de Ética do ISV, bem





como na legislação vigente, devendo, ao final, ser remetido relatório devidamente motivado e fundamentado à Assembleia Geral para que sejam tomadas as providências cabíveis.

Parágrafo único – Nos casos envolvendo colaboradores, o procedimento disciplinar será conduzido pela Diretoria, com o objetivo de apurar o fato determinado e aplicar a penalidade adequada, de acordo com as infrações e penalidades previstas no Estatuto Social, no Código de Ética do ISV, bem como na legislação vigente.

Art. 18. Os atos praticados por Associado e/ou Colaborador que sejam considerados infrações apresentam penalidades com a seguinte classificação:

- I. Advertência, podendo ser verbal ou escrita, aplicando-se nos casos de descumprimento das normas internas, desrespeito ao estatuto, ao código de ética, ao regimento interno e à legislação vigente;
- II. Suspensão, aplicando-se nos casos de reincidência de infração já punida com advertência;
- III. Exclusão ou Desligamento, aplicando-se às infrações consideradas graves, nos casos de descumprimento das normas internas, do estatuto, do código de ética, do regimento interno e da legislação vigente incluindo-se a reincidência em suspensão e a tentativa ou participação em conluio para lesar os interesses do ISV.

Parágrafo único – As penalidades serão aplicadas pela Assembleia Geral no caso de associados ou pela Diretoria no caso de colaboradores da Instituição, sendo em ambas as situações observados o direito ao contraditório e ampla defesa.

Art. 19. Após a abertura de procedimento disciplinar, deverá ocorrer comunicação escrita ao associado envolvido, onde conste a infração que lhe é atribuída, o prazo – nunca inferior a 03 dias - e o local onde deverá apresentar sua defesa;

§1º A recusa ao recebimento, a não apresentação de defesa, a apresentação de defesa genérica ou relativa a fato diverso do contido na comunicação, implica em confissão e nos efeitos da revelia;

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E
ASSISTÊNCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma digital por ASSOCIAÇÃO DE
PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Data: 2023.09.25 14:55:47 -0300'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ – CNPJ 07609 365/0001-67



§2º As decisões serão materializadas em pareceres, que poderão determinar a aplicação ou não da sanção, sua natureza, bem como o prazo de sua vigência.

§3º As sanções de advertência e suspensão poderão ser aplicadas liminarmente pelo Presidente, cabendo recurso de sua decisão - cujo efeito será meramente devolutivo - à diretoria ou à primeira assembleia geral subsequente.

§4º A sanção de exclusão poderá ser aplicada pela diretoria, cabendo recurso de sua decisão - cujo efeito será meramente devolutivo - à primeira assembleia geral subsequente.

Do processo eleitoral

Art. 20. A Eleição para a diretoria será convocada pelo Diretor Presidente ou seu substituto legal, nos termos do Estatuto, antes do término do mandato da diretoria;

Art. 21. A convocação será realizada através de edital e afixada na sede da entidade e nos pontos onde haja afluência de associados.

Art. 22. Concluída a apuração ou processo de votação, a critério da Assembleia Geral poderá dar posse à nova Diretoria.

Art. 23. Concluído o processo eleitoral, os resultados deverão ser registrados no livro da Entidade ou em Atas para subsequente registro.

Disposições gerais

Art. 24. Compete privativamente ao Conselho de Administração aprovar o regimento interno, bem como suas posteriores aprovações, sendo esta condição suficiente e necessária para que se possa remeter à aprovação da assembleia geral, nos termos do Estatuto do ISV.





Art. 25. Os casos omissos, controversos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento, serão solucionados por deliberação da diretoria, em qualquer de suas reuniões, por maioria dos membros presentes, ad referendum da primeira Assembleia Geral subsequente.

ASSOCIACAO DE
PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167

Assinado de forma
digital por ASSOCIACAO
DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MAT E
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25
14:45:45 -03'00'



institutosaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ - CNPJ 07609 365/0001-67



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.



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:

- 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/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 somatória 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.



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 tríple 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 tríple 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 áreas 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.



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 Cadastramento 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;

 institutosaovicente@gmail.com

 Telefone: (088) 3536 – 1280

 BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ - CNPJ 07609 365/0001-67

- 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 atos 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.



Lavras da Mangabeira – CE, 25 de Setembro de 2023

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

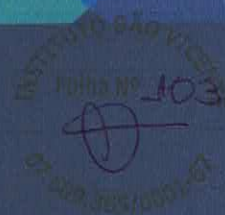
DIRETOR PRESIDENTE

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

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

Mensagem do Presidente:

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.

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.

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 e/ou doação como instrumento de obtenção e/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:

- 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;

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 Lei 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 e

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;

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 e científicos.

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. Às 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.

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.



RELATÓRIO DE DIAGNÓSTICO LGPD

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA A MAT E INFÂNCIA

1. O QUE É O DIAGNÓSTICO LGPD?

Este relatório de diagnóstico tem como propósito avaliar a conformidade da organização com os requisitos da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) e identificar áreas que precisam ser aprimoradas. O objetivo é estabelecer um plano de ação claro para assegurar o cumprimento das diretrizes de privacidade e proteção de dados estipuladas pela legislação.

A equipe de especialistas da INTUIX irá realizar uma análise comparativa entre o nível atual de conformidade e o estado desejado após a implementação completa da LGPD. Essa avaliação irá destacar tanto as discrepâncias presentes quanto os elementos essenciais que demandam atenção para efetuar as mudanças necessárias.

Diagnóstico LGPD



Com base nesta análise, iremos fornecer diretrizes sólidas e as ferramentas adequadas para que a sua empresa alcance os objetivos desejados em termos de conformidade com a LGPD. Nosso enfoque está em tornar a implementação das



mudanças necessárias eficaz, assegurando que as práticas relacionadas à privacidade e proteção de dados estejam em total conformidade.

Através da análise criteriosa e de uma abordagem estratégica da INTUIX, a sua organização estará preparada para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades que a LGPD oferece. Juntos, estabeleceremos um futuro mais seguro e responsável para a sua empresa e seus clientes, garantindo o cumprimento das regulamentações e a devida salvaguarda dos dados.

2. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) é uma legislação brasileira que foi aprovada em 2018 e entrou em vigor em setembro de 2020. Essa Lei estabelece as

LGPD



regras sobre como as empresas devem realizar o tratamento de dados pessoais no país. Esta lei tem como objetivo principal proteger a privacidade e os direitos dos indivíduos em relação aos seus dados pessoais, estabelecendo princípios, diretrizes e obrigações para as empresas que lidam com esses dados. Ela se baseia em conceitos como consentimento, finalidade, necessidade, transparência, segurança e responsabilidade.

A abrangência da LGPD é ampla, aplicando-se a todas as empresas e organizações que realizam o tratamento de dados pessoais no território brasileiro, independentemente do seu porte ou setor de atuação. A lei se aplica tanto a empresas privadas como a entidades governamentais.

No que diz respeito às multas, a LGPD prevê sanções administrativas para casos de descumprimento das suas disposições. As multas podem chegar a até 2% do faturamento da empresa no último exercício fiscal, limitadas a um total de R\$ 50 milhões por infração. Além das multas, a ANPD (Autoridade Nacional de Proteção de Dados) também pode aplicar advertências, bloqueio ou eliminação dos dados tratados de forma irregular, entre outras medidas.



2.1 Benefícios da LGPD

Entre os benefícios trazidos pela LGPD estão:

- **Maior proteção dos direitos dos indivíduos:** A lei fortalece a privacidade e dá aos titulares dos dados maior controle sobre suas informações pessoais, garantindo direitos como acesso, retificação, exclusão, portabilidade e revogação do consentimento.
- **Melhoria na segurança dos dados:** A LGPD estabelece requisitos e medidas para a segurança e proteção dos dados pessoais, incentivando as empresas a adotarem práticas e tecnologias adequadas para evitar incidentes de segurança e vazamentos.
- **Fortalecimento da confiança dos clientes:** O cumprimento da LGPD demonstra um compromisso com a proteção da privacidade dos clientes, contribuindo para a construção de uma relação de confiança e fidelidade.
- **Harmonização com padrões internacionais:** A LGPD alinha a legislação brasileira com os padrões internacionais de proteção de dados, facilitando o fluxo de dados entre o Brasil e outros países.



3. PRINCIPAIS NOMENCLATURAS DA LGPD

A LGPD possui algumas nomenclaturas específicas, estas precisam ser plenamente entendidas pelos colaboradores, para que o processo de implementação do Compliance LGPD ocorra de uma maneira adequada e a empresa mitigue os riscos relacionados à inadimplência com a Lei.

Dados pessoais: São informações relacionadas a uma pessoa física identificada ou identificável. Esses dados referem-se a qualquer informação que permita a identificação direta ou indireta de uma pessoa, como nome, CPF, RG, endereço, telefone, e-mail, dados biométricos, entre outros.



Dados pessoais sensíveis: São categorias especiais de dados pessoais que requerem um nível mais elevado de proteção devido ao seu potencial de discriminação ou risco. Isso inclui informações sobre origem racial ou étnica, opiniões políticas, crenças religiosas ou filosóficas, dados genéticos, dados biométricos, entre outros.



Titular dos dados: É a pessoa física a quem os dados pessoais se referem, ou seja, o indivíduo que é dono dos dados. É importante distinguir claramente o titular dos dados pessoais das pessoas jurídicas, que não possuem os mesmos direitos e proteções.

Tratamento de dados: Refere-se a qualquer operação realizada com dados pessoais, como coleta, armazenamento, uso, compartilhamento, exclusão, entre outras ações.

Controlador: É a pessoa física ou jurídica que toma as decisões sobre o tratamento de dados pessoais. É o responsável por determinar as finalidades e os meios de processamento dos dados.

Operador: É a pessoa física ou jurídica que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador, seguindo suas instruções.

Encarregado de Proteção de Dados (DPO): É o profissional designado pela empresa para atuar como ponto de contato entre a empresa, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD). O DPO é responsável por garantir o cumprimento das obrigações da LGPD.

Consentimento: É a manifestação livre, informada e inequívoca do titular dos dados concordando com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade específica. O consentimento deve ser obtido de forma clara e específica, não podendo ser presumido.



Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD): É a autoridade responsável por fiscalizar e regulamentar a aplicação da LGPD no Brasil, bem como receber denúncias, aplicar sanções e orientar empresas e titulares de dados.

Anonimização: É o processo pelo qual os dados pessoais são modificados de forma a não mais serem associados a um titular identificado ou identificável, de modo que não seja possível reidentificar os indivíduos a partir desses dados.

Transferência internacional de dados: Refere-se ao envio de dados pessoais para fora do território brasileiro, podendo envolver países ou organizações internacionais. A transferência de dados só é permitida para países que possuam um nível adequado de proteção ou mediante a adoção de garantias apropriadas, como cláusulas contratuais ou regras corporativas vinculantes.

Incidente de segurança: Refere-se a qualquer evento que comprometa a segurança dos dados pessoais, como acesso não autorizado, vazamento, perda ou destruição acidental dos dados. A LGPD estabelece a obrigação de notificar incidentes de segurança às partes envolvidas e à ANPD, quando aplicável.

Período de retenção de dados: refere-se ao tempo durante o qual os dados pessoais são armazenados e mantidos por uma empresa ou organização. É o intervalo de tempo em que os dados são considerados necessários para cumprir a finalidade original da sua coleta ou para atender a obrigações legais ou regulatórias.

Sanções e penalidades: A LGPD prevê sanções administrativas em caso de não conformidade com as disposições da lei. As penalidades podem incluir advertências, multas de até 2% do faturamento da empresa (limitado a R\$ 50 milhões por infração) e a proibição parcial ou total do exercício das atividades relacionadas ao tratamento de dados.

Essas nomenclaturas podem ser complexas e exigir um entendimento claro para garantir a conformidade com a LGPD. É importante que os colaboradores da organização ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA estejam familiarizados com esses termos e suas definições para evitar confusões e garantir uma aplicação adequada da legislação de proteção de dados.



4. DADOS GERAIS DA ORGANIZAÇÃO

Manter conformidade com a LGPD é crucial por várias razões: respeito à privacidade dos titulares dos dados, evitar multas e penalidades, construir confiança, minimizar riscos cibernéticos, acessar novos mercados, evitar litígios e demonstrar profissionalismo ético. Isso protege tanto os dados dos indivíduos quanto a reputação e operações das organizações.



Segmento da organização: associação

Estado: Ceará

Denominação do negócio: entidade

Público do negócio: parceiros

5. DATA PROTECTION OFFICER - DPO

O DPO (Data Protection Officer), ou Encarregado de Proteção de Dados, é uma figura fundamental na implementação e manutenção da conformidade com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados). O DPO desempenha um papel crucial como um ponto focal para todas as questões relacionadas à proteção de dados dentro de nossa organização.



DPO

Nome do DPO: Brenda Silveira Ruivo

E-mail: compras@institutosaovicente.com.br

Telefone comercial: 85 3021-0044

5.1 Deveres do DPO

I - Aceitar reclamações e comunicações dos titulares, prestar esclarecimentos e adotar providências:



O DPO é responsável por receber reclamações e comunicações dos titulares dos dados pessoais. Isso significa que qualquer pessoa cujos dados estejam sendo processados pela organização pode entrar em contato com o DPO para expressar preocupações, fazer perguntas ou apresentar queixas relacionadas ao tratamento de seus dados. O DPO deve estar preparado para fornecer explicações e esclarecimentos sobre como os dados estão sendo tratados e, se necessário, tomar medidas para resolver problemas ou violações de segurança.

II - Receber comunicações da autoridade nacional e adotar providências:

A autoridade nacional mencionada é a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) no contexto brasileiro. O DPO deve estar pronto para receber comunicações e orientações da ANPD. Se a autoridade nacional emitir diretrizes, regulamentos ou pedidos relacionados ao tratamento de dados pessoais, o DPO é responsável por garantir que a organização adote as providências necessárias para cumprir essas orientações. Isso inclui tomar ações corretivas ou ajustar procedimentos conforme exigido pela ANPD.

III - Orientar os funcionários e os contratados da entidade a respeito das práticas a serem tomadas em relação à proteção de dados pessoais:

Uma das funções cruciais do DPO é educar e orientar os funcionários e contratados da organização sobre as práticas adequadas de proteção de dados. Isso inclui fornecer treinamento para garantir que todos os colaboradores compreendam as políticas de privacidade, procedimentos internos e regulamentações relevantes relacionadas à proteção de dados pessoais. O DPO deve garantir que os funcionários saibam como lidar com os dados, como minimizar riscos e como cumprir as obrigações legais relacionadas à privacidade.

IV - Executar as demais atribuições determinadas pelo controlador ou estabelecidas em normas complementares:

O DPO é obrigado a realizar outras tarefas específicas conforme determinadas pelo controlador (a organização que decide como os dados pessoais serão processados) ou conforme definido em normas complementares, como regulamentos específicos ou diretrizes emitidas pela ANPD. Isso pode envolver tarefas adicionais relacionadas à proteção de dados pessoais e à conformidade com a LGPD.



6. DIAGNÓSTICO LGPD

A equipe de especialistas da INTUIX realizou uma análise e identificou áreas essenciais que demandam aprimoramentos para garantir a conformidade plena da organização ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Esses pontos de aperfeiçoamento foram criteriosamente selecionados com base nos processos envolvidos na coleta, processamento e armazenamento de dados pessoais:

Pontos de Melhoria Identificados

Entendimento da LGPD e Cultura de Compliance:

A organização precisa melhorar seu conhecimento sobre as regras e termos da LGPD. Também precisa melhorar sua cultura de compliance e privacidade dos dados pessoais.

Avaliação: Fraco

Coleta de Consentimento e Segurança dos dados Pessoais:

A organização está evoluindo na coleta de consentimento e segurança dos dados pessoais.

Avaliação: Razoável

Mapeamento do Fluxo de Dados e Período de Retenção:

A organização precisa aprimorar o mapeamento do fluxo de dados e ser mais criteriosa na formulação de seu período de retenção.

Avaliação: Fraco





**Níveis da
Avaliação**

Ruim

Fraco

Razoável

Bom

Excelente

Uma análise mais detalhada e instruções específicas para superar cada desafio estão disponíveis na seção subsequente. A INTUIX se empenha em oferecer um diagnóstico abrangente, destinado a auxiliar a organização na implementação de práticas sólidas de conformidade com a LGPD, assegurando o respeito à privacidade dos dados e a prevenção de possíveis implicações legais.

6.1 Medidas Gerais para Melhorias

Na lista abaixo, encontre os pontos de melhorias identificados e implemente as medidas sugeridas para aprimorar seu processo de compliance com a LGPD.

Ponto de aprimoramento	Medidas
Melhorar a definição dos prazos para descarte de dados.	Determinar prazos para a retenção e o posterior descarte de dados pessoais é essencial para atender aos requisitos da LGPD. Manter dados por mais tempo do que o necessário pode aumentar riscos e violar a privacidade dos titulares. Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none">• Realizar uma análise dos tipos de dados coletados e das finalidades para definir prazos adequados de retenção.• Estabelecer políticas de retenção claras e detalhadas, garantindo que os dados sejam excluídos após o período de retenção.• Implementar processos automatizados para identificar e remover dados que excedam o prazo de retenção.
A organização precisa implementar e divulgar melhor a Política de Privacidade e Cookies.	Uma política de privacidade clara e completa é fundamental para informar os titulares de dados sobre como suas informações pessoais são coletadas, processadas, usadas e protegidas. Além disso, a política de cookies deve explicar como são utilizados os cookies e outras tecnologias de rastreamento. Recomenda-se:



	<ul style="list-style-type: none">• Verificar se a política de privacidade detalha os tipos de dados coletados, a finalidade da coleta, as bases legais para o processamento, os direitos dos titulares e os procedimentos para exercer esses direitos.• Verificar se a política inclui informações sobre cookies e outras tecnologias de rastreamento, explicando como os visitantes podem gerenciar suas preferências de consentimento.• Disponibilizar a política de privacidade e cookies de forma acessível em seu site e em outros canais de coleta de dados.
<p>Entender e melhorar as formas de segurança para proteção dos dados.</p>	<p>A implementação de medidas de segurança robustas é fundamental para proteger os dados pessoais contra acesso não autorizado e violações de segurança.</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilizar criptografia para proteger dados pessoais em trânsito e em repouso.• Implementar controle de acesso para garantir que apenas pessoal autorizado possa acessar dados sensíveis.• Realizar auditorias regulares de segurança para identificar vulnerabilidades e corrigi-las prontamente.• Manter sistemas e software atualizados com as últimas correções de segurança.
<p>A organização precisa melhorar seu conhecimento sobre as regras e termos da LGPD.</p>	<p>Muitas empresas têm dificuldade em entender os detalhes da lei e como ela se aplica às suas operações. Recomendase:</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar treinamentos e workshops sobre a LGPD para funcionários em todos os níveis.• Contratar consultorias especializadas em privacidade e proteção de dados para orientar as etapas de conformidade.
<p>A organização precisa</p>	<p>Identificar quais dados pessoais são coletados, processados e armazenados em toda a organização pode ser desafiador.</p>



aprimorar o mapeamento do fluxo de dados.

Recomenda-se:

- Realizar um inventário de dados pessoais, documentando os processos e finalidades de cada tipo de dado.
- Designar responsáveis por cada categoria de dados para gerenciar sua conformidade.

A organização precisa avançar na implementação das Políticas e Procedimentos da LGPD.

Elaborar políticas e procedimentos eficazes para lidar com o tratamento de dados pessoais pode ser complexo. Recomenda-se:

- Desenvolver políticas claras de privacidade e proteção de dados, abordando coleta, processamento, armazenamento, compartilhamento e exclusão de dados.
- Criar procedimentos para lidar com solicitações de titulares de dados, como acesso, retificação e exclusão de informações.

A organização necessita aprimorar a coleta de consentimento e garantir os direitos dos titulares de dados.

Garantir que a coleta e o processamento de dados pessoais sejam baseados em consentimento válido e que os direitos dos titulares sejam respeitados é um desafio. Recomenda-se:

- Obter consentimento explícito para coleta e processamento de dados sempre que necessário.
- Implementar processos para atender às solicitações de titulares, como acesso a dados e exclusão.

A organização precisa aumentar a segurança e a proteção de dados.

Manter a segurança dos dados pessoais e prevenir violações de segurança é uma preocupação constante. Recomenda-se:

- Implementar medidas de segurança robustas, como criptografia, autenticação multifator e monitoramento contínuo de ameaças.
- Estabelecer um plano de resposta a incidentes de segurança, caso ocorram violações de dados.

É recomendável que a organização adeque seu

Gerenciar o compartilhamento de dados com terceiros de forma segura e em conformidade pode ser complicado.



processo de realização de contratos com terceiros e parceiros.

A organização precisa desenvolver uma cultura de privacidade.

Recomenda-se:

- Revisar contratos com terceiros para garantir que eles atendam aos requisitos da LGPD.
- Incluir cláusulas específicas de proteção de dados nos acordos com fornecedores e parceiros.

Promover uma cultura organizacional que valorize a privacidade e proteção de dados pode ser desafiador.

- Integrar a conscientização sobre privacidade nos treinamentos regulares para funcionários.
- Nomear um encarregado de proteção de dados (DPO) para supervisionar a conformidade e atuar como ponto de contato para questões relacionadas à privacidade.



POLÍTICA INTERNA DE PROTEÇÃO DE DADOS

ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

1. Definições

Para fins da Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, de acordo com o Capítulo 1 – Disposições preliminares, o Art. 5º especifica as principais informações determinantes:

Dado pessoal: qualquer informação relacionada a uma pessoa natural identificada ou identificável.

Dado pessoal sensível: qualquer dado pessoal que contenha informação sobre:

- Origem racial ou étnica.
- Convicção religiosa.
- Opinião política.
- Filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político.
- Saúde.
- Vida sexual.
- Genética ou biometria.

Titular: Pessoa natural (física) a quem se referem os dados. Tratamento: qualquer operação com os dados pessoais, incluindo armazenamento.

Consentimento: manifestação livre e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento dos seus dados pessoais para uma finalidade específica.

Operador: pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento dos dados pessoais em nome do controlador. São operadores os empregados, prestadores de serviço e demais parceiros que participam do tratamento de dados pessoais dentro da empresa.

Controlador: pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, que administra e toma decisões sobre o tratamento de dados pessoais.

Agentes de tratamento: o controlador e o operador.

Tratamento: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;

Encarregado de Dados (DPO): pessoa indicada pelo controlador para ser responsável pela comunicação entre o controlador, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).



Prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;

2. Objetivo da política interna de proteção de dados

A ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA deve orientar a todos os membros acerca das boas práticas em proteção de dados pessoais, visando conformidade com a Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

3. Contexto da LGPD

A LGPD foi promulgada em 2018 com o objetivo de trazer ao ordenamento jurídico brasileiro uma preocupação que já tem lugar em todos os países desenvolvidos: a proteção de dados pessoais. No mundo todo, a legislação de proteção a dados de pessoas naturais é um instrumento necessário para garantir maior segurança jurídica e respeitabilidade aos direitos humanos fundamentais. Assim sendo, a conformidade com tais leis tem sido um fator importante na ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA.

4. Princípios da LGPD

São os princípios norteadores da Lei Geral de Proteção de Dados e também os desta política interna:

Adequação: o tratamento dos dados tem que ser compatível com a finalidade informada ao titular.

Necessidade: o tratamento deve ser limitado ao mínimo necessário para atingir a finalidade proposta.

Livre acesso: os titulares têm o direito de acessar a qualquer tempo as informações referentes ao tratamento que seus dados recebem.

Qualidade dos dados: o tratamento dos dados deve mantê-los exatos, claros, relevantes e atualizados, sem discrepâncias ou distorções.

Transparência: o tratamento dos dados deve ser explicado aos titulares de maneira transparente e acessível, observado o segredo comercial e industrial necessário.

Segurança: os dados pessoais devem ser protegidos pelo controlador, para que não sejam perdidos, alterados, destruídos ou acessados indevidamente.

Prevenção: cabe ao controlador tomar medidas para prevenir danos provenientes do tratamento de dados pessoais.

Não discriminação: o tratamento de dados pessoais não deve ser realizado com finalidades discriminatórias, ilícitas ou abusivas.

Responsabilização e prestação de contas: demonstração, aos titulares, das medidas utilizadas para garantir conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.



5. Responsabilidade compartilhada

A responsabilidade pelo correto tratamento dos dados pessoais dentro da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA é compartilhada entre todos aqueles que atuam como operadores, sendo fundamental a cooperação de todos para que a empresa esteja sempre em conformidade com a lei, oferecendo segurança a todos os titulares de dados pessoais sob seu controle.

Nos termos dos art. 42 e seguintes da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018), o operador de dados pessoais que descumprir as diretrizes lícitas de proteção de dados do controlador responderá como se também fosse controlador dos dados em questão, estando assim sujeito à responsabilidade civil, administrativa e criminal sobre o tratamento inadequado dos dados.

Segundo art. 23, a violação de segredos da organização, concepção que inclui dados pessoais sob seu controle, poderá a critério exclusivo da Direção ser motivo para embasar a demissão por justa causa de colaboradores ou a rescisão de contrato de prestadores de serviços envolvidos na violação, sem prejuízo das ações de regresso cabíveis judicialmente.

6. Tratamento dos dados pessoais

A ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA no seu tratamento de dados, deve seguir os princípios definidos nesta política, devendo ser estritamente voltado às finalidades às quais a coleta dos dados se destina, respeitando os princípios desta política e os critérios de compartilhamento e de segurança das informações.

Os dados pessoais devem ser manipulados apenas por pessoas que precisem lidar com eles. Assim, reduzem-se os riscos de falhas humanas propiciando um vazamento ou uso inadequado da informação. Para garantia, é necessário dividir os dados por setores e por responsabilidades específicas dentro de cada setor. Assim se saberá em cada situação quem são os operadores dos dados e os riscos de um incidente na segurança da informação diminuem.

Para garantir este tratamento setorizado dos dados, cada acesso ao banco de dados da empresa é individual e intransferível. Assim, somente pessoas autorizadas poderão ter acesso.

O mero acesso e/ou a utilização indevida de quaisquer dados pessoais armazenados ou processados pela empresa são terminantemente proibidos, sob pena de demissão por justa causa (ou rescisão do contrato de prestação de serviços) sem prejuízo da responsabilização cível e criminal cabível em âmbito judiciário.

7. Critérios de coleta dos dados pessoais.

As informações referentes a pessoas físicas somente devem ser coletadas na medida da necessidade para a prestação de serviços, e em todas as hipóteses cabíveis o consentimento para o tratamento dos dados deverá ser obtido em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados.

O consentimento é requerido ao solicitar os dados aos titulares, quando necessário, através do aceite no campo apropriado do sistema, ou um e-mail resposta com o qual a solicitação dos serviços for concluída, na fase comercial, ou ao solicitar assinatura de termos de consentimento.



8. Critérios de armazenagem dos dados pessoais.

Quanto à armazenagem, devem seguir as seguintes diretrizes:

Quando armazenados fisicamente, os dados devem ficar em local protegido, fora do alcance de outras pessoas que não são expressamente autorizadas a acessá-los.

Quando armazenados digitalmente, devem ficar em pasta protegida por criptografia e restrição de acesso por senha pessoal.

Eventuais cópias de dados pessoais somente devem ser feitas em caso de necessidade para cumprimento da finalidade proposta ao tratamento, todas as cópias devem ser administradas internamente e protegidas para que não ocorra vazamento de dados.

9. Critérios de compartilhamento interno de dados pessoais.

Os dados pessoais somente podem ser compartilhados com pessoas cuja função dentro da empresa exija que elas tenham acesso. Por exemplo: dados referentes a saúde ocupacional, como atestados médicos, exames admissionais, entre outros, só podem ser compartilhados dentro da empresa com pessoas responsáveis pelo tratamento dessas informações, como o responsável pelo RH, não podendo ser compartilhados com alguém da área técnica que não precise ter acesso a esses dados para o cumprimento de suas funções.

10. Critérios de compartilhamento externo de dados pessoais.

O compartilhamento de dados pessoais com pessoas ou entidades externas à empresa deve ser restrito ao mínimo necessário para a execução dos contratos e prestações de serviços nos quais os titulares estão envolvidos, ou para o cumprimento de qualquer obrigação legal. Mesmo quando o tratamento envolver diretamente a prestação de serviços, o consentimento para este tratamento e compartilhamento deverá ter sido previamente obtido. É vedado o compartilhamento externo de dados pessoais de parceiros ou qualquer parte pertencente da ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA, por qualquer meio, como por exemplo, telefônico, digital ou por escrito, sem autorização destes, sendo dada a ciência devida ao titular sempre que os dados forem compartilhados em um novo contexto, não previsto no consentimento recolhido.

11. Critérios de eliminação dos dados pessoais.

Quando atingida a finalidade do tratamento dos dados pessoais, e eles não mais precisarem ser armazenados para satisfazer quaisquer exigências legais, estes deverão ser devidamente eliminados física e digitalmente, com a comunicação desta eliminação ao titular nos casos em que ela se dê de maneira diversa àquela prevista no termo de consentimento aplicável.

12. Prestação de informações e transparência.



Os operadores de dados pessoais deverão prover todas as informações requeridas pelos titulares acerca do tratamento de seus dados pessoais, respeitando o direito da empresa de manter sigilo comercial quando cabível. A finalidade do tratamento deve ser sempre evidenciada e transparente.

Quando houver solicitação da prestação de informações sobre os dados pessoais pelo titular destes, os operadores deverão informar ao Encarregado da Proteção de Dados Pessoais sobre a solicitação e então prestar as informações solicitadas ao titular.

13. Encarregado da Proteção de Dados Pessoais (DPO).

O encarregado da proteção de dados pessoais ou DPO, é a pessoa responsável, nos termos da LGPD, pela comunicação entre os titulares.

São atribuições do encarregado verificar os riscos existentes, apontar as medidas corretivas e avaliar periodicamente a segurança de dados pessoais dentro da empresa, devendo também realizar eventuais comunicações necessárias com os titulares ou com o poder público. Quaisquer questionamentos que surgirem no dia a dia da empresa acerca da proteção de dados pessoais devem ser levados ao encarregado para que este possa orientar de imediato o operador ou buscar junto à ANPD e demais entidades especializadas uma orientação adequada ao questionamento levantado.

14. Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais.

O Encarregado da Proteção de Dados Pessoais manterá relatório de avaliação de riscos e impactos à proteção de dados pessoais, por meio do qual as medidas necessárias à segurança da informação de dados pessoais poderão ser estruturadas, implementadas e avaliadas.

Quando necessário é realizada a elaboração de um relatório de impacto e o encarregado de dados ficará responsável por informar os riscos e procedimentos necessários quando ocorre o vazamento de dados.