



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

CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL

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

INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço que oferece tratamento em saúde mental para pessoas com transtornos mentais, como depressão, ansiedade, esquizofrenia, bipolaridade, entre outros. Dentre as principais vantagens do CAPS, podemos destacar:

- **Tratamento integral e humanizado:** o CAPS oferece tratamento multidisciplinar, que inclui médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Essa equipe trabalha em conjunto para proporcionar um atendimento integral e humanizado, que considera as necessidades do paciente em sua totalidade, não apenas os aspectos físicos, mas também os psicológicos e sociais.
- **Redução do estigma:** a abordagem do CAPS é baseada na valorização da pessoa com transtornos mentais, buscando reduzir o estigma e a discriminação que muitas vezes são associados a essas condições. O atendimento humanizado e respeitoso contribui para a melhoria da autoestima dos pacientes e a sua reintegração na sociedade.
- **Tratamento em grupo:** o CAPS oferece também o tratamento em grupo, o que favorece a troca de experiências entre os pacientes, ajudando a aumentar a autoestima e promover a socialização.
- **Acesso gratuito:** os serviços do CAPS são gratuitos e disponíveis a toda a população, garantindo o acesso ao tratamento de saúde mental para aqueles que não têm condições financeiras de arcar com os custos de tratamentos particulares.
- **Redução do número de internações:** o tratamento em CAPS tem como objetivo evitar a hospitalização e promover a reabilitação dos pacientes. Com isso, há uma redução significativa no número de internações em hospitais psiquiátricos, o que representa uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes e também uma economia para o sistema de saúde.
- **Tratamento contínuo:** o CAPS oferece tratamento contínuo, o que significa que o paciente recebe acompanhamento e suporte durante todo o processo de



recuperação. Essa continuidade no tratamento é fundamental para a manutenção da saúde mental do paciente.

Em resumo, o CAPS oferece um tratamento multidisciplinar e humanizado, gratuito e acessível a todos, contribuindo para a redução do estigma e da discriminação em relação aos transtornos mentais. Além disso, o tratamento em grupo, a redução do número de internações e o acompanhamento contínuo são fatores que tornam o CAPS uma importante alternativa ao tratamento tradicional em hospitais psiquiátricos.

ACOES VOLTADAS PARA A GESTÃO DO EQUIPAMENTO

A gestão de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) requer a implementação de ações estratégicas que visem não apenas a eficiência operacional, mas também a qualidade do atendimento prestado aos usuários. Nesse contexto, destacam-se diversas iniciativas que contribuem para uma gestão eficaz e humanizada, promovendo a integralidade do cuidado e o bem-estar dos pacientes.

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 coordenação 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 coordenação administrativa	Contínuo
	Organização e desenvolvimento de gestão orçamentária e financeira	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenação administrativa	Contínuo
	Implantação e implementação do manual de gestão hospitalar da UNIDADE	Até 30 dias após a assinatura do contrato	Coordenação 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 coordenação administrativa	Mensal
	Contratação das empresas de serviços terceirizadas	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenação administrativa	Contínuo
	Realização de inventários de insumos, bens e patrimônio	No ato da assinatura do contrato	Coordenação geral e coordenação administrativa	Semestral
	Elaboração dos protocolos de manutenção de equipamentos e estrutura física da UNIDADE	Até 60 dias após a assinatura do contrato	Coordenação administrativa e NMG	Único

1. Organização e Estruturação do CAPS:

Avaliação da estrutura física e adequação às normas e regulamentações vigentes.

Definição clara das atribuições de cada profissional e organização de equipes multiprofissionais.

Estabelecimento de fluxos de atendimento e articulação com outros serviços de saúde mental da rede.

2. Humanização do Atendimento:

Capacitação dos profissionais em abordagens humanizadas e centradas nas necessidades dos usuários.

Promoção de espaços de escuta qualificada e acolhimento, valorizando a autonomia e participação dos pacientes.

Implementação de atividades terapêuticas e de reabilitação psicossocial, como oficinas de arte, grupos terapêuticos e práticas integrativas.

3. Ações de Prevenção e Promoção da Saúde Mental:

Desenvolvimento de projetos e campanhas de conscientização sobre saúde mental na comunidade.

Realização de atividades educativas e de prevenção de transtornos mentais, como palestras, workshops e grupos de discussão.

Parcerias com instituições locais para ampliar o acesso a informações e recursos relacionados à saúde mental.

4. Avaliação e Monitoramento do Serviço:

Implementação de sistemas de avaliação de satisfação dos usuários e familiares.

Realização de reuniões periódicas de avaliação e planejamento, envolvendo a equipe multiprofissional e a comunidade.

Monitoramento dos indicadores de saúde mental e qualidade do atendimento, com base em dados epidemiológicos e estatísticos.

5. Integração com a Rede de Atenção Psicossocial:

Articulação com outros serviços da rede, como hospitais gerais, unidades básicas de saúde e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

Estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência.

Em síntese, as ações voltadas para a gestão de um CAPS devem contemplar aspectos relacionados à organização estrutural, humanização do atendimento, prevenção e promoção da saúde mental, avaliação e monitoramento do serviço, e integração com a rede de atenção psicossocial. Ao implementar essas iniciativas, busca-se garantir um atendimento de qualidade, centrado no usuário e em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

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	

6. Estrutura organizacional para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Coordenação Técnica:

Coordenador(a) de Saúde Mental: Responsável por coordenar as atividades técnicas e assistenciais do CAPS, incluindo o planejamento e implementação das políticas de saúde mental.

Equipe Multiprofissional:

Psiquiatra: Responsável pela avaliação, diagnóstico e acompanhamento medicamentoso dos usuários.

Psicólogo(a): Realiza atendimentos individuais e em grupo, psicoterapia e intervenções psicossociais.

Enfermeiro(a): Coordena o cuidado em saúde, realiza consultas de enfermagem, orientações e acompanhamento clínico.

Terapeuta Ocupacional: Desenvolve atividades terapêuticas e de reabilitação psicossocial, como oficinas e atividades ocupacionais.

Assistente Social: Realiza avaliação social, orientação e encaminhamento para acesso a benefícios sociais e rede de apoio.

Técnico(a) de Enfermagem: Presta apoio técnico aos profissionais de saúde, realiza procedimentos técnicos e administração de medicamentos.

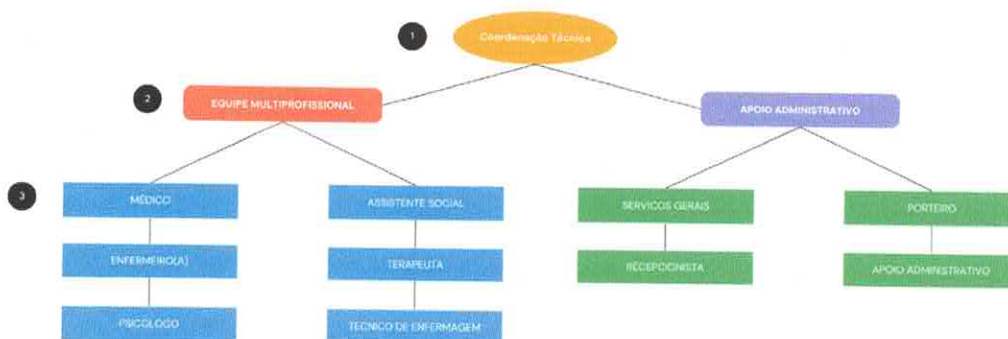
Outros Profissionais: Podem incluir profissionais de arte-educadores, musicoterapeutas, nutricionistas, entre outros, de acordo com a demanda e especificidades do CAPS.

Apoio Administrativo:

Assistente Administrativo: Responsável pelo apoio administrativo, agendamento de consultas, recepção dos usuários e organização de prontuários.

Auxiliar de Serviços Gerais: Realiza a limpeza e organização do ambiente, contribuindo para o bom funcionamento do CAPS.

CAPS



Essa estrutura organizacional busca contemplar as necessidades de atendimento e assistência dos usuários, garantindo uma abordagem multidisciplinar e integrada, conforme preconizado pela política nacional de saúde mental.

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

A proposta de funcionamento de um serviço de acolhimento e classificação de risco no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como objetivo principal garantir o acesso dos usuários ao atendimento de acordo com a sua necessidade e gravidade de cada caso. Esse serviço é essencial para melhorar a qualidade do atendimento em saúde mental, principalmente em unidades que recebem grande volume de usuários e precisam organizar o fluxo de atendimento.

O serviço de acolhimento e classificação de risco no CAPS é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, que são treinados para realizar a triagem dos usuários de acordo com critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Esses critérios levam em consideração a gravidade dos sintomas, a presença de risco de suicídio, o histórico clínico e a presença de comorbidades.

A primeira etapa do processo é o acolhimento, que consiste em receber o usuário e sua família, escutando suas queixas e orientando sobre o atendimento. Nessa etapa, são coletadas informações básicas, como nome, idade, sintomas e histórico médico.

O acolhimento é fundamental para estabelecer uma relação de confiança entre o usuário e a equipe de saúde, além de possibilitar a identificação de casos mais urgentes.

A segunda etapa é a classificação de risco, que consiste em avaliar a gravidade do caso e definir a ordem de atendimento. Essa classificação é realizada utilizando uma escala de cores que varia de acordo com a gravidade do caso. Os casos mais graves são atendidos com prioridade, enquanto os casos menos urgentes são encaminhados para atendimento posterior.

A terceira etapa é o atendimento, que é realizado de acordo com a necessidade de cada caso. Os usuários que apresentam risco iminente de suicídio ou agitação psicomotora, por exemplo, são encaminhados para atendimento prioritário com psiquiatras e enfermeiros. Já os usuários que apresentam sintomas leves ou moderados são encaminhados para atendimento com psicólogos e assistentes sociais.

Além disso, o serviço de acolhimento e classificação de risco no CAPS também tem como objetivo identificar usuários que apresentam risco de abandono do tratamento ou que necessitam de cuidados especiais, como idosos e pessoas com deficiência. Esses



usuários recebem atendimento personalizado e são acompanhados pela equipe multidisciplinar durante todo o processo de tratamento.

Em resumo, a proposta de funcionamento de um serviço de acolhimento e classificação de risco no Centro de Atenção Psicossocial tem como objetivo principal garantir o acesso dos usuários ao atendimento de acordo com a sua necessidade e gravidade de cada caso.

Esse serviço é realizado por uma equipe multidisciplinar treinada, que realiza a triagem dos usuários de acordo com critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O serviço inclui as etapas de acolhimento, classificação de risco e atendimento personalizado para usuários que apresentam risco de abandono do tratamento ou que necessitam de cuidados especiais.

8. 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.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNH) são exemplos de políticas públicas que buscam fortalecer a articulação entre os componentes da rede de atenção à saúde no SUS. A PNAB, por exemplo, prevê a organização da atenção básica em redes de atenção à saúde, com definição de fluxos de referência e contrarreferência entre os diferentes pontos de atenção. Já a PNH estabelece diretrizes para a organização da atenção hospitalar em redes regionais, com priorização do atendimento às urgências e emergências, ações de gestão do cuidado e integração com os demais pontos de atenção da rede.

O conteúdo apresentado está em conformidade com as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a organização da rede de atenção à saúde.

9. 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.



10. Proposta de rotinas, manuais, fluxos e processos

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO HUMANIZADO 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 iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil que busca transformar as práticas de saúde no país, promovendo a humanização do atendimento e o fortalecimento do SUS. A PNH propõe um conjunto de diretrizes para a atenção à saúde que busca garantir o respeito aos direitos dos usuários e a qualidade do cuidado oferecido.

No contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a humanização se torna ainda mais importante, uma vez que esse tipo de serviço atua diretamente na promoção da saúde mental e no tratamento de transtornos psiquiátricos. A humanização no CAPS significa valorizar as singularidades de cada usuário e reconhecer a importância do seu papel como sujeito do seu processo de tratamento.

Uma das principais diretrizes da PNH no CAPS é a implantação do acolhimento como um princípio organizativo do serviço. O acolhimento implica em receber os usuários de forma humanizada, garantindo o acesso aos serviços e escutando suas demandas e necessidades. Esse processo pode ser realizado por meio de um primeiro contato com a equipe de acolhimento ou por meio da busca ativa dos usuários que não estão em acompanhamento.

Outra diretriz importante da PNH no CAPS é a promoção da participação social e do controle social. Isso significa envolver os usuários, familiares e comunidade no processo de gestão e avaliação do serviço, garantindo a transparência e a efetividade das ações realizadas. A participação social pode ser realizada por meio de conselhos gestores, grupos de usuários, reuniões comunitárias e outras formas de diálogo e consulta.



Além disso, a PNH no CAPS também propõe a implantação de práticas terapêuticas mais humanizadas, que valorizem as potencialidades dos usuários e respeitem suas singularidades. Essas práticas incluem o uso de técnicas integrativas e complementares, a promoção da autonomia e do protagonismo dos usuários, o trabalho em grupo e o acolhimento terapêutico.

Em suma, a política de humanização no Centro de Atenção Psicossocial busca promover a saúde mental de forma integral e humanizada, reconhecendo os usuários como sujeitos de seus processos de tratamento. Para isso, é necessário garantir o acolhimento, a participação social e a implantação de práticas terapêuticas mais humanizadas, valorizando a diversidade e as singularidades de cada usuário

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.

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE SERVIÇO DE OUVIDORIA E PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A ouvidoria é um serviço importante para a garantia dos direitos dos usuários, permitindo que suas manifestações, elogios, sugestões e reclamações sejam recebidos, analisados e encaminhados para as áreas competentes, garantindo o aprimoramento dos serviços prestados. A implantação de um serviço de ouvidoria em uma instituição de saúde é uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade do atendimento, promovendo o respeito e a transparência nas relações com os usuários.

A implantação de um serviço de ouvidoria em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pode ser uma importante estratégia para garantir o respeito aos direitos dos usuários, a qualidade do atendimento e o fortalecimento do controle social. A ouvidoria é um canal de comunicação direto entre os usuários e a instituição, que permite o registro de reclamações, sugestões, elogios e denúncias.

Para implementar um serviço de ouvidoria no CAPS, é necessário seguir algumas etapas importantes. A primeira delas é a definição dos objetivos e metas do serviço, levando em consideração as especificidades da instituição e das demandas dos usuários. É importante também definir a estrutura organizacional e as competências da equipe responsável pela ouvidoria, garantindo a independência e a imparcialidade do serviço.

Outra etapa fundamental é a definição dos canais de comunicação disponíveis para os usuários, que podem incluir telefone, e-mail, carta, presencialmente ou por meio de um formulário online. É importante garantir que esses canais estejam acessíveis e



disponíveis para todos os usuários, inclusive para aqueles que possuem dificuldades de comunicação.

Além disso, é importante garantir a confidencialidade e o sigilo das informações registradas pela ouvidoria, bem como a transparência no tratamento das demandas recebidas. É importante que o serviço de ouvidoria tenha uma forma clara e objetiva de registro e acompanhamento das demandas, com prazos definidos para as respostas e uma forma de avaliação do serviço prestado.

Por fim, é importante que a ouvidoria seja amplamente divulgada para os usuários e para a comunidade em geral, por meio de materiais informativos, palestras e outros meios de comunicação. É fundamental que os usuários saibam que podem contar com esse canal de comunicação para registrar suas demandas e que suas opiniões e sugestões serão consideradas no processo de gestão do CAPS.

Em resumo, a implantação de um serviço de ouvidoria em um Centro de Atenção Psicossocial pode ser uma importante estratégia para garantir a humanização do atendimento, o respeito aos direitos dos usuários e o fortalecimento do controle social. Para isso, é necessário definir os objetivos e metas do serviço, os canais de comunicação, a estrutura organizacional e a forma de registro e acompanhamento das demandas, além de garantir a divulgação e transparência do serviço prestado.

A seguir, apresentamos uma proposta para implantação e funcionamento de um serviço de ouvidoria em uma instituição de saúde:

- Definição de responsabilidades: é importante que a ouvidoria seja um serviço autônomo, independente e com acesso direto à direção da instituição, de modo que possa exercer suas atividades de forma imparcial. Deve-se definir claramente as atribuições e responsabilidades dos profissionais envolvidos no serviço, de modo que o atendimento ao usuário seja efetivo e ágil.
- Divulgação do serviço: é essencial que o serviço de ouvidoria seja divulgado de forma ampla, para que os usuários tenham conhecimento de sua existência e possam utilizá-lo sempre que necessário. Para tanto, é possível utilizar diferentes meios de comunicação, como cartazes, folders, redes sociais, site institucional, entre outros.





- Atendimento personalizado: é importante que o atendimento ao usuário seja personalizado, garantindo o sigilo das informações e respeitando as particularidades de cada situação. Os profissionais que atuam na ouvidoria devem ter habilidades de comunicação, empatia e escuta ativa, de modo que possam receber e encaminhar as manifestações de forma efetiva.
- Análise e encaminhamento das manifestações: é importante que todas as manifestações recebidas sejam analisadas, registradas e encaminhadas para as áreas competentes, de modo que as medidas necessárias sejam tomadas para solução dos problemas identificados. É fundamental que o usuário receba um retorno sobre a manifestação apresentada, de forma clara e objetiva.
- Monitoramento e avaliação: é importante que o serviço de ouvidoria seja monitorado e avaliado continuamente, de modo que possa ser aprimorado e adaptado às necessidades dos usuários. Para tanto, podem ser realizadas pesquisas de satisfação, análise das estatísticas de manifestações recebidas, entre outras estratégias.
- A implantação de um serviço de ouvidoria em uma instituição de saúde é uma estratégia importante para a melhoria da qualidade do atendimento, permitindo que as manifestações dos usuários sejam recebidas, analisadas e encaminhadas de forma efetiva. Para tanto, é fundamental que a ouvidoria seja um serviço autônomo, independente e com acesso direto à direção da instituição, garantindo a transparência e o respeito nas relações com os 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.

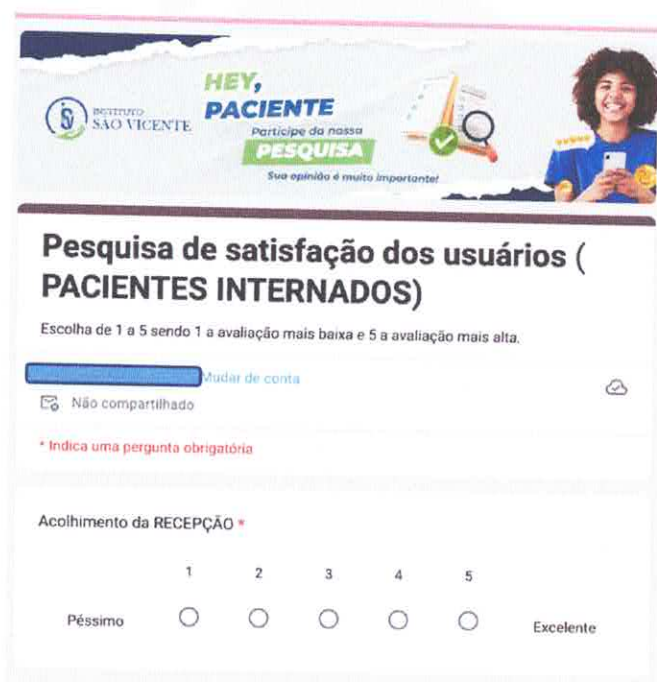
Além disso, estabelece um canal de comunicação direta com os usuários, registrando suas inúmeras sugestões de aprimoramento, que se integram ou podem vir a integrar as demandas possíveis de serem atendidas. Serve ainda como base para análises comparativas dos resultados, visando a manutenção e o aprimoramento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



The image shows a digital survey form titled "Pesquisa de satisfação dos usuários (PACIENTES INTERNADOS)". At the top, there is a banner with the text "HEY, PACIENTE Participe da nossa PESQUISA Sua opinião é muito importante!" and a photo of a smiling woman. Below the banner, the form includes a header with the Instituto São Vicente logo and the survey title. A sub-header indicates a rating scale from 1 to 5. There are options to "Mudar de conta" and "Não compartilhado". A red asterisk indicates a mandatory question: "Acolhimento da RECEPÇÃO". Below this, there is a horizontal scale with five radio buttons labeled 1, 2, 3, 4, and 5, with "Péssimo" on the left and "Excelente" on the right.

Modelo de pesquisa



POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas.

A Política Nacional de Saúde Mental é uma política pública do Brasil que busca promover, proteger e recuperar a saúde mental da população, além de garantir o acesso aos serviços de saúde mental para todos os cidadãos brasileiros. Ela foi criada em 2001, com o objetivo de transformar o modelo de atenção em saúde mental do país, que anteriormente era centrado em hospitais psiquiátricos e tratamentos invasivos, em um modelo mais humano, inclusivo e comunitário.

A Política Nacional de Saúde Mental tem como diretrizes a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento de transtornos mentais, a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, o respeito aos direitos humanos e a redução do estigma e da discriminação em relação às pessoas com transtornos mentais.

Entre as principais ações da Política Nacional de Saúde Mental estão a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem atendimento humanizado e integrado aos usuários com transtornos mentais, e a inclusão dos serviços de saúde mental na atenção básica de saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental também prevê a ampliação do acesso aos medicamentos psiquiátricos e o fortalecimento da rede de saúde mental, com a capacitação dos profissionais de saúde para atuarem na área de saúde mental, além de ações de promoção da saúde mental e prevenção do adoecimento mental.

É importante destacar que a Política Nacional de Saúde Mental é uma política de direitos humanos e de cidadania, que busca garantir o acesso aos serviços de saúde mental





para todos os cidadãos brasileiros, independentemente da sua condição socioeconômica, gênero, raça, orientação sexual ou qualquer outra forma de discriminação.

Em resumo, a Política Nacional de Saúde Mental é uma política pública do Brasil que tem como objetivo promover, proteger e recuperar a saúde mental da população, garantindo o acesso aos serviços de saúde mental para todos os cidadãos brasileiros. Ela busca transformar o modelo de atenção em saúde mental do país em um modelo mais humano, inclusivo e comunitário, com ações de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento de transtornos mentais, inclusão social, respeito aos direitos humanos e redução do estigma e da discriminação em relação às pessoas com transtornos mentais.

O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, conforme cada caso. Os indivíduos em situações de crise podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pela rede pública de saúde.

Além das ações assistenciais, o Ministério da Saúde também atua ativamente na prevenção de problemas relacionados a saúde mental e dependência química, implementando, por exemplo, iniciativas para prevenção do suicídio, por meio de convênio firmado com o Centro de Valorização da Vida (CVV), que permitiu a ligação gratuita em todo o país.

Importante: O CVV – Centro de Valorização da Vida realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone, email, chat e voip 24 horas todos os dias. A ligação para o CVV em parceria com o SUS, por meio do número 188, é gratuita a partir de qualquer linha telefônica fixa ou celular. Também é possível acessar para o chat.

As diretrizes e estratégias de atuação na área de assistência à saúde mental no Brasil envolvem o Governo Federal, Estados e Municípios. Os principais atendimentos em saúde mental são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que existem no país, onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência



São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios).

Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes;

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes;

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma instituição de saúde mental que tem como objetivo oferecer um atendimento humanizado e integrado aos usuários que apresentam transtornos mentais, como depressão, ansiedade, esquizofrenia, bipolaridade,



entre outros. O CAPS é parte da rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua em conjunto com outros serviços de saúde, como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os hospitais psiquiátricos.

O CAPS tem como princípio a substituição do modelo asilar e hospitalocêntrico, que prevaleceu por muito tempo na saúde mental, por um modelo comunitário e humanizado. O objetivo é garantir que o usuário tenha acesso a um atendimento mais acolhedor e integrado à sua realidade, que considere as suas demandas e necessidades, e que respeite os seus direitos e autonomia.

O atendimento no CAPS é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros profissionais da saúde mental. Essa equipe realiza um trabalho de acolhimento, escuta e acompanhamento do usuário, com o objetivo de promover a sua reabilitação psicossocial e o seu retorno ao convívio social.

O CAPS oferece uma série de atividades terapêuticas, como grupos terapêuticos, oficinas de artes, atividades físicas, entre outras, que têm como objetivo estimular a autonomia, a socialização e a expressão do usuário. Além disso, o CAPS também oferece atendimento para as famílias e cuidadores dos usuários, com o objetivo de orientá-los e apoiá-los no processo de cuidado.

O CAPS também tem um papel importante na prevenção do adoecimento mental, por meio de ações de promoção da saúde mental e da valorização da vida. Para isso, realiza campanhas de conscientização, palestras, eventos e outras atividades que buscam sensibilizar a população sobre a importância da saúde mental e da prevenção do suicídio.

Em resumo, o Centro de Atenção Psicossocial é uma instituição de saúde mental que tem como objetivo oferecer um atendimento humanizado, integrado e comunitário aos usuários que apresentam transtornos mentais. O CAPS atua em conjunto com outros serviços de saúde e oferece um trabalho de acolhimento, escuta e acompanhamento do usuário, com o objetivo de promover a sua reabilitação psicossocial e o seu retorno ao convívio social.



AÇÕES VOLTADAS PARA A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

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

Recrutamento e Seleção

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

Educação Permanente

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

Segurança do Trabalho

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

Conclusão

Como representantes da Organização Social de Saúde comprometidos com a excelência na gestão de recursos humanos, enfatizamos a importância dessas ações para assegurar o funcionamento eficaz e seguro dessas instituições. Estamos à disposição para





implementar e monitorar essas medidas, visando sempre a melhoria contínua dos serviços prestados e o bem-estar dos colaboradores.

GESTÃO DE PESSOAS				
Recrutamento, seleção, contratação e recomposição dos profissionais da UNIDADE	No ato da assinatura do contrato, sendo o processo seletivo realizado em até 180 dias	Coordenadoria administrativa	Contínuo	
Elaboração do programa de educação permanente	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenadoria administrativa, técnica e núcleo de educação permanente	Único	
Realização de capacitações estratégicas para a estruturação da UNIDADE	Até 60 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Mensal	
Avaliação de desempenho individual dos profissionais da UNIDADE	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenadoria administrativa	Trimestral	
Implantação do programa de controle médico de saúde ocupacional - PCMSO	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenadoria administrativa	Contínuo	
Celebração de parcerias com instituições de ensino dos municípios de abrangência	Até 120 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo	
Implantação e implementação do programa de humanização da UNIDADE	Até 180 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo	
Aplicação da pesquisa de satisfação do colaborador	Até 120 dias após a assinatura do contrato	Coordenador geral	Semestral	
Implantação e implementação do programa de prevenção de riscos ambientais	Até 120 dias após a assinatura do contrato	Coordenador administrativo e coordenadores técnicos	Contínuo	

código de **Ética**



INSTITUTO
SÃO VICENTE

www.institutosaovicente.com.br

INSTITUTO SÃO VICENTE
Folha No 2
07 629 365/0111

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 c/ou doação como instrumento de obtenção c/ou manutenção de negócios e/ou vantagens indevidas em órgãos de governo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.6. Fiscalização do poder público

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

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

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

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

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

6.7. Cuidados no período prévio a contratação de terceiros

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

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

6.8. Cuidados no período posterior à contratação de terceiros

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

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

6.9. Relação com o meio ambiente

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

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

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

Descartar adequadamente o lixo produzido;

Utilizar produtos e serviços sócios ambientalmente responsáveis;

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

6.10. Brindes

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

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

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

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

6.11. Viagens

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

- 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 IS5SV 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.



INSTITUTO
SÃO VICENTE

código de **Ética**



(88) 3536-1280



www.institutosaovicente.com.br



Instituto São Vicente





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





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



- 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

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



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;

ASSOCIACAO DE PROTECAO E
ASSISTENCIA A MATE
INFA:07609365000167

Assinado em forma digital por ASSOCIACAO DE
PROTECAO E ASSISTENCIA A MATE
INFA:07609365000167
Dados: 2023.09.25 14:55:47 -0100



institutoaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



BR 230 – BAIRRO VIRGILIO DE AGUIAR GURGEL – CEP 63300-000 – LAVRAS DA MANGABEIRA – CEARÁ - CNPJ 07609 365/000167



§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'



institutoaovicente@gmail.com



Telefone: (088) 3536 – 1280



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



**ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À
MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE LAVRAS DA
MANGABEIRA – CE**

CNPJ 07609 365/0001-67

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

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 cume 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



GESTÃO DA INTEGRIDADE NO INSTITUTO SÃO VICENTE - ISV

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.

OS 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.



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 mandatórias, 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 mandatórios 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 mandatórios. Os guias são similares aos padrões, embora mais flexíveis, se referindo a metodologias para os sistemas de segurança, contendo apenas ações recomendadas e são mandatórias. 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.

Irretratibilidade - 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 e 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 realizadas 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



RELATÓRIO DE DIAGNÓSTICO LGPD

ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA

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.



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.	<p>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:</p> <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.	<p>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:</p>



Entender e melhorar as formas de segurança para proteção dos dados.

- 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.

A implementação de medidas de segurança robustas é fundamental para proteger os dados pessoais contra acesso não autorizado e violações de segurança.

A implementação de medidas de segurança robustas é fundamental para proteger os dados pessoais contra acesso não autorizado e violações de segurança.

- 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.

Muitas empresas têm dificuldade em entender os detalhes da lei e como ela se aplica às suas operações. Recomenda-se:

Muitas empresas têm dificuldade em entender os detalhes da lei e como ela se aplica às suas operações. Recomenda-se:

- 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.

Identificar quais dados pessoais são coletados, processados e armazenados em toda a organização pode ser desafiador.

Identificar quais dados pessoais são coletados, processados e armazenados em toda a organização pode ser desafiador.



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.



REGULAMENTO DE AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS

ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E INFANCIA
CNPJ: 07.609.365/0001-67

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

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

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

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

Art. 3º. Constituem objetivos fundamentais deste Regulamento:

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

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

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



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 Compra/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 aéreas e compras via e-commerce, incluindo as compras internacionais de livros e material utilizado e aluguel de carro, poderão ser realizadas utilizando cartão de crédito em nome do ISV, como forma de pagamento.

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

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

- I. A responsabilidade pela guarda do cartão será da Diretoria Administrativa Financeira;
- II. Os comprovantes e notas fiscais emitidas em nome ISV, deverão ser anexados à fatura que comporá o processo para pagamento.

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

- I. Em caráter de emergência, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos ao ISV ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos.
- II. Quando, em razão da natureza do objeto, não houver pluralidade de opções.
- III. Para a contratação de serviços técnico-profissionais especializados.
- IV. Nos casos em que não houver dispêndio de recursos financeiros por parte do Instituto de Planejamento de Gestão, como o recebimento de doações ou comodatos, permutas, celebração de parcerias, convênios, termos de cooperação, locações, cessões de espaço, entre outros.



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 éo 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;



instituto@saovicente.org.br



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 adendos publicados no site do ISV, que será parte integrante deste.

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

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

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

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



Lavras da Mangabeira – CE, 25 de Setembro de 2023

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DIRETOR PRESIDENTE

