

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Sumário

1. OBJETIVO	2
2. ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NO CONTROLE DA DOCUMENTAÇÃO DA QUALIDADE	2
3. DESCRIÇÃO	2
3.1. Da Aplicabilidade	2
3.2. Das Definições	3
3.3. Das Responsabilidades	5
3.4. Da Estrutura dos Documentos	7
3.4.1. Da Hierarquia dos Documentos	7
3.4.2. Da Codificação e Numeração dos Documentos	7
3.4.3. Da Formatação	8
3.4.4. Do Controle de Alterações	10
3.4.5. Da Elaboração e Aprovação dos Documentos	10
3.4.6. Do Controle dos Documentos	11
3.4.7. Do Treinamento e Publicação	12
3.4.8. Da Consulta ao Acervo Documental	12
3.4.9. Da Revisão dos Documentos	13
3.4.10. Da Exclusão	14
3.4.11. Dos Documentos Obsoletos	14
3.4.12. Do Descarte de Documentos Oficiais	14
4. HISTÓRICO DE REVISÃO	15
5. REFERÊNCIAS	15
Anexo 01 - Fluxo de Elaboração, Aprovação e Publicação de Documentos	18
Anexo 02 - Modelo de Política	19
Anexo 03 - Modelo de Ordem de Serviço	20
Anexo 04 - Modelo de Regimento	21
Anexo 05 - Modelo de Regulamento	22
Anexo 06 - Modelo de Norma	23
Anexo 07 - Modelo de Programa	24
Anexo 08 - Modelo de Plano	25
Anexo 09 - Modelo de Mapeamento de Processos	26
Anexo 10 - Modelo de Protocolo	27
Anexo 11 - Modelo de Manual	28
Anexo 12 - Modelo de Procedimento / Rotina	29
Anexo 13 - Modelo de Lista Mestra de Documentos	30

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 2/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

1. OBJETIVO

Estabelecer regras para elaboração, padronização, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos do hospital relacionados ao sistema de gestão da qualidade, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos; manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida revisão e aprovação.

2. ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NO CONTROLE DA DOCUMENTAÇÃO DA QUALIDADE

Independente da extensão, do alcance e do nível de detalhamento que o hospital decida abranger, existem aspectos importantes sobre a documentação que sempre devem ser levados em consideração. Em primeiro lugar a elaboração do documento não deve ter um simples objetivo, mas sim representar uma atividade que acrescente valor. Em outras palavras, a elaboração de documentos deve ter o intuito de ajudar a melhorar os processos na instituição.

Além disso, é importante observar que a documentação esteja construída de forma que permita a comunicação do propósito e a consistência da ação.

Em relação ao controle da documentação é importante considerar os aspectos apresentados abaixo:

- Aprovar os documentos antes da sua emissão;
- Aprovar a documentação a cada revisão e/ou atualização;
- Assegurar a rastreabilidade e a repetibilidade;
- Identificar as mudanças e estado de revisão atual;
- Assegurar legibilidade e fácil identificação dos documentos;
- Assegurar que os documentos de origem externa sejam identificados e que sua distribuição esteja controlada;
- Prevenir o uso não intencionado de documentos obsoletos, que devem estar corretamente identificados;
- Assegurar que os registros sejam legíveis, facilmente identificáveis e recuperáveis.

3. DESCRIÇÃO

3.1. Da Aplicabilidade

A Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais da rede Ebserh se aplica aos documentos relacionados à gestão da qualidade do hospital. Nessa versão da Norma, trataremos dos documentos listados abaixo, com efeito em todas as áreas do hospital. Ressalta-se que, os documentos de comunicação oficial devem seguir o Manual de Redação da Presidência da República. Para os hospitais que possuem o Sistema Eletrônico de Informações (SEI) implantado,

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 3/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

deve-se seguir o modelo padrão SEI.

A adequação dos documentos existentes aos critérios desta norma deve ocorrer de forma gradual, considerando o prazo de vigência previsto no documento a ser revisado.

Quadro 1 - Tipos de documentos		
NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3
Política Institucional	Plano	Ordem de Serviço
Regimento	Protocolo	Documentos Externos
Regulamento	Fluxograma	Procedimento / Rotina
Norma	Mapeamento de processos	
Programa		
Manual		

Fonte: Adaptado de Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade, v.05, 2017.

3.2. Das Definições

3.2.1. Cópia Controlada – documento, impresso ou eletrônico, que se refere a documento original aprovado, identificado como “Cópia Controlada” contendo data e assinatura do emissor. As versões eletrônicas devem ser disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão.

3.2.2. Cópia Não Controlada - documento usado para fins de treinamento, informação e uso dos auditores. A cópia não controlada deverá ser identificada como “cópia não controlada” e, quando possível, deverá ser destruída logo após o uso.

Observação: As cópias devem ser controladas de maneira que as cópias não controladas não tenham valor. Quando em papel, se usa carimbar em vermelho “cópia controlada”, assim, se copiado, o carimbo deixa de ser vermelho. Quando eletrônico, pode-se acrescentar um comentário que informe a ausência de valor quando impresso.

3.2.3. Documento Aprovado – documento cuja versão passou pelo processo de validação e está em vigor.

3.2.4. Documento Cancelado – documento identificado como “cancelado” devido à perda da vigência. Os documentos em meio físico deverão ser destruídos para evitar o uso indevido. Os documentos em meio eletrônico poderão permanecer no arquivo para eventuais consultas, contudo, deverão estar identificados com a palavra “cancelado”.

3.2.5. Documento em Revisão – documento que está em processo de revisão.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 4/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

3.2.6. Documento Externo - documento utilizado no hospital cuja emissão, revisão ou alteração é realizada por uma organização externa, ou seja, órgãos normativos, técnicos, científicos e fiscais que impactam no atendimento do serviço do hospital.

3.2.7. Documento Obsoleto – é a versão desatualizada de um documento ainda em vigor.

3.2.8. Fluxograma - é uma representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.

3.2.9. Lista Mestra de Documentos – relação que identifica todos os documentos (política, manuais, etc.) integrantes do sistema de gestão da qualidade do hospital, versão vigente e controle de cópias.

3.2.10. Manual - documento que padroniza a elaboração de procedimentos, funções, atividades, objetivos, instruções e orientações em uma organização. O manual tem por objetivo explicitar os itens que devem ser obedecidos e cumpridos, bem como a forma como esses devem ser executados pelos colaboradores da instituição, quer seja individualmente, quer seja em conjunto, favorecendo a integração dos diversos subsistemas organizacionais.

3.2.11. Não Conformidade – refere-se ao não atendimento de um requisito pré-definido, ou seja, está relacionada a processos que geraram resultado insatisfatório.

3.2.12. Norma - documento estabelecido por consenso e aprovado por autoridade, que fornece, para uso comum e repetitivo, regras, diretrizes ou características para atividades ou seus resultados. A norma determina o que deve ou não deve ser feito.

3.2.13. Ordem de Serviço - documento utilizado pela Administração para disciplinar o funcionamento da instituição e a conduta de seus agentes públicos no desempenho de suas atribuições, envolvendo aspectos administrativos e técnicos, também é usada para indicar a alguém que pode iniciar a obra, o fornecimento ou o serviço que contratará com a Administração Pública, estabelecendo quantidades, estimativas, prazos e custos da atividade a ser executada, e possibilitar a verificação da conformidade do serviço executado com o solicitado.

3.2.14. Padrões – produto esperado do processo ou procedimento, que deverá ser integralmente cumprido.

3.2.15. Plano - documento que define estratégias, direcionando a execução de processos e alocação de recursos, coordenados e articulados de forma a nortear a implantação de políticas e/ou decisões institucionais, determinando metas e objetivos anuais.

3.2.16. Política Institucional - documento aprovado pela Superintendência que expressa as diretrizes e intenções do hospital para cumprir a missão institucional.

3.2.17. Procedimento / Rotina – documento que descreve os procedimentos necessários para execução de uma atividade de repetição. É o passo a passo de uma atividade que

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 5/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

necessita estabelecer uma sequência obrigatória para a garantia da qualidade e do mesmo resultado. Ou seja, qualquer indivíduo que seguir as instruções obterá o mesmo resultado.

3.2.18. Processo – é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-lhe valor e gera uma saída (output), com sequência de atividades logicamente ordenadas que tenham como objetivo a produção de um produto ou serviço.

3.2.19. Programa - documento que abrange um conjunto de processos coordenados em função de um objetivo, segundo parâmetros e recursos existentes na organização. O documento estabelece os requisitos gerais centrados em um tema específico. O programa tem a função de apresentação.

3.2.20. Protocolo - instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade assistencial. Deve fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais. Sua aplicação deve resultar em melhoria da qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.

3.2.21. Regimento - documento que regulamenta o funcionamento, as atribuições e as competências da organização, comissões, comitês e núcleos.

3.2.22. Regulamento – conjunto ordenado de normas consideradas válidas num determinado contexto.

3.2.23. Sistema de Gestão da Qualidade – é um conjunto de práticas padronizadas, inter-relacionadas, com a finalidade de gerir os processos e recursos interatuantes que são necessários para proporcionar valor e obter resultados.

3.3. Das Responsabilidades

3.3.1. Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS)

- Gerenciar e controlar os documentos relacionados à melhoria da qualidade dos processos institucionais bem como orientar os colaboradores, caso necessário, na elaboração destes;
- Avaliar, validar e aprovar, juntamente com os setores/unidades, os documentos sob sua responsabilidade;
- Providenciar a publicação dos documentos atualizados em canal de comunicação;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 6/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019 Versão: 2	Próxima revisão: 30/07/2021

- Garantir a remoção de documentos obsoletos das unidades que os utilizam e dos canais de comunicação do hospital;
- Gerenciar a lista mestra de controle de documentos para manter atualizados os prazos de revisão (validade) bem como a relação de cópias controladas do hospital;
- Treinar líderes da qualidade das áreas no Sistema de Gestão da Qualidade para serem multiplicadores em suas áreas de atuação;
- Monitorar as atividades do hospital nas diversas áreas relacionadas ao Sistema de Gestão da Qualidade;
- Disponibilizar modelos de documentos atualizados e incentivar a padronização.

3.3.2. Setores/Unidades

- Elaborar os documentos da área sob sua responsabilidade, tais como procedimentos / rotinas, protocolos, entre outros e enviá-los ao Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde para avaliar a padronização e catalogação, de acordo com a Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais;
- Identificar os documentos externos, ou seja, a documentação regulamentar e inerente às suas atividades, mantê-la atualizada e enviar para validação do SGQVS ou área responsável pela qualidade;
- Promover a divulgação e o treinamento dos colaboradores dos documentos publicados;
- Atualizar os documentos quando houver necessidade de alteração no conteúdo ou no prazo máximo estabelecido neste documento e enviá-los ao Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde para atualização dos mesmos;
- Avaliar e aprovar os documentos elaborados pela equipe sob sua responsabilidade;
- Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados;
- Monitorar as atividades do hospital nas diversas áreas relacionadas ao Setor/Unidade;
- Realizar a remoção de documentos obsoletos;
- Gerenciar lista de documentos do setor/unidade.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

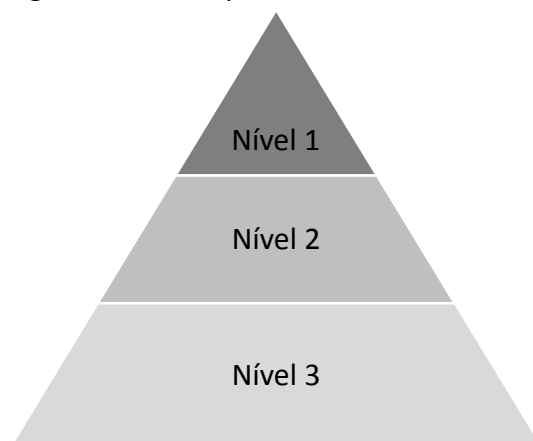
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 7/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

3.4. Da Estrutura dos Documentos

O acervo documental do hospital é elaborado e redigido de maneira padronizada, conforme determinam os respectivos modelos citados neste documento.

3.4.1. Da Hierarquia dos Documentos

Figura 1 - Hierarquia dos documentos



Fonte: Serviço de Gestão da Qualidade, 2018

3.4.2. Da Codificação e Numeração dos Documentos

A codificação e a numeração visa identificar e ordenar os documentos da qualidade, sendo composta pela abreviatura do tipo de documento (ex.: norma operacional – NO) e identificação do Setor/ Unidade, seguida do número de expedição do documento, separados por pontos.

A numeração dos documentos será feita utilizando três dígitos começando pelo 001 em cada Unidade, Projeto ou Comissão. As numerações seguirão crescentes para o mesmo Setor/ Unidade ou Comissão e para cada tipo de documento.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

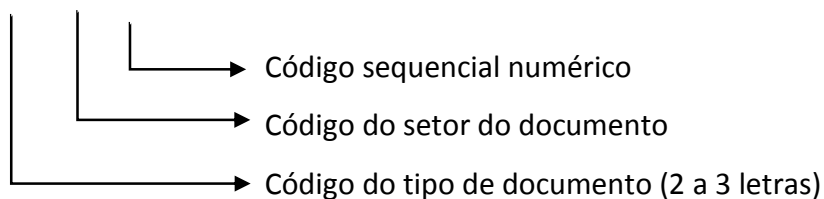
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 8/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Ex.:

MN.SGQVS.001, 002, 003...

NO.SGQVS.001, 002,003...

XXX.XXX.XXX



O setor poderá adicionar até 3 siglas à identificação do documento após o código do setor do documento desde que padronizados e aprovados pelo SGQVS ou área de qualidade do hospital.

3.4.3. Da Formatação

Os documentos deverão ser redigidos de maneira clara e objetiva, obedecendo aos formatos padronizados.

A aplicação do logotipo nos documentos deverá seguir o Manual de Identidade Visual da Ebserh.

A formatação deve seguir os padrões listados abaixo:

a) Cabeçalho:

- Logotipos do SUS, da universidade, do hospital, nome da universidade e do hospital, e à direita o logo da Ebserh;
- Campos “Tipo” e “Título do documento” - fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Identificação do tipo (ex.: norma operacional) e do título do documento - fonte Calibri, tamanho 11, caixa alta, negrito, centralizado;
- Codificação e numeração: identificação do documento por tipo e número (ex.: NO.SGQVS.001), alinhado à esquerda;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 9/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

- Página: numeração de modo a permitir a identificação da página atual e do quantitativo de páginas do documento (ex.: 1/3). Fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Versão: número da versão vigente. A cada alteração do documento a versão deverá ser atualizada sequencialmente. Fonte Calibri, tamanho 11, alinhado à esquerda;
- Emissão: data de emissão da versão correspondente.
- Próxima revisão: data da próxima revisão do documento de acordo com a tabela de temporalidade de documentos estabelecida nesta Norma e em normativos do Hospital.

b) Corpo do Texto:

- Fonte: Calibri, justificado, espaçamento simples;
 - i. corpo do texto: tamanho 12 pontos;
 - ii. citações recuadas: tamanho 11 pontos; e
 - iii. notas de rodapé: tamanho 10 pontos;
- Os títulos apresentados no corpo do texto devem ser destacados em negrito, caixa alta, tamanho 12, numerado em ordem sequencial (Ex.: 1.,2.,3.) com alinhamento à esquerda;
- Os subtítulos serão em negrito, caixa baixa, tamanho 12, numeração de subitem (Ex.: 1.1., 1.2., 1.3.), alinhamento à esquerda e tabulação em 1,25 cm;
- As margens deverão obedecer a seguinte configuração: superior 2 cm; inferior 2 cm; esquerda 2,5 cm; direita 1,5. Espaçamento entre parágrafos de 6 pontos; recuo de parágrafo de 2,5 cm de distância da margem esquerda;
- As figuras ou fotos deverão ser dimensionadas de acordo com a necessidade, ficando centralizadas. A descrição (legenda) virá em caixa de texto alinhada à margem esquerda, indicando o número da figura e a descrição da figura com tamanho 10.

c) Histórico das Revisões:

- Deve vir no final de cada documento, apresentado em forma de tabela, centralizado, fonte Calibri, tamanho 12 com títulos destacados em negrito;
- Deverá conter as informações: versão, data e descrição da atualização.

d) Campo de Elaboração/Revisão, Análise, Validação e Aprovação:

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 10/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

- Fonte Calibri, tamanho 9 para o título na tabela e tamanho 9 no conteúdo, com o identificação do setor responsável e/ou nome completo das pessoas, data e espaçamento simples.

3.4.4. Do Controle de Alterações

As mudanças em um documento devem ser identificadas no campo “Histórico de Revisão”.

3.4.5. Da Elaboração e Aprovação dos Documentos

A elaboração de um documento é de responsabilidade do gestor do processo e este poderá designar um ou mais colaboradores para realizar tal atividade. São considerados válidos na instituição apenas os documentos eletrônicos disponibilizados no portal corporativo institucional e os documentos impressos que contenham assinatura e carimbo de um representante do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde juntamente com carimbo de cópia controlada.

Documentos de nível estratégico devem ser aprovados pelo Colegiado Gestor da Alta Governança. Documentos de nível tático devem ser aprovados minimamente pelas gerências envolvidas. Documentos de nível operacional devem ser aprovados pelos setores envolvidos.

Todos os documentos deverão ser avaliados pelo SGQVS, que fará a verificação conforme definido em procedimento de Avaliação de Documentos, elaborado pelo hospital. Os documentos poderão também ser validados por outros setores/serviços (Unidade de Controle Infecção Hospitalar Epidemiologia e Segurança - UCIH; Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho - SOST) sempre que pertinente.

Os modelos apresentados nos Anexos desta Norma contém informações mínimas necessárias aos documentos, podendo o hospital, se julgar necessário, acrescentar outras informações. Caso algum dos itens dos modelos não seja aplicável, manter o campo e inserir NA – Não Aplicável.

Os campos de “elaboração/revisão, análise, validação e aprovação” contidos nos modelos são definidos como:

- a) Elaboração/Revisão** – campo de identificação dos responsáveis pela elaboração/revisão do documento.
- b) Análise** – campo de identificação dos responsáveis pela avaliação do documento.
- c) Validação** – campo de identificação dos responsáveis pela validação do documento. Ex.: alguns documentos assistenciais devem ser validados pela SCIRAS.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 11/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Obs.: recomenda-se que todos os documentos sejam validados pelo SGQVS ou área responsável pela qualidade.

d) Aprovação – campo de identificação dos responsáveis pela aprovação do documento.

O hospital poderá elaborar sua Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais para acrescentar o detalhamento e características próprias do hospital. Esse documento deverá considerar as informações dispostas neste documento, sem contrariá-las.

Conforme descrito na Norma NBR ISO 9001:2015, a extensão da informação documentada para um sistema de gestão da qualidade pode distinguir-se de uma organização para outra. Essa diferenciação acontece devido: ao porte da organização e seus tipos de atividades, processos, produtos e serviços; à complexidade dos processos existentes na organização e de suas interações; às diferentes competências de pessoas.

Nos documentos institucionais deverão constar, minimamente, a validação do SGQVS/área responsável pela qualidade e a definição dos responsáveis pela aprovação dos documentos institucionais do hospital.

Os responsáveis pela aprovação deverão observar:

- a) Se as informações descritas estão corretas e se há viabilidade de execução dos processos;
- b) Se há consistência técnica;
- c) Se não há conflito com outro(s) documento(s) existente(s);
- d) Se os procedimentos seguem os padrões conforme estabelecido nos anexos.

A Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais do hospital também poderá prever a identificação dos responsáveis pela elaboração, revisão e avaliação.

Todos os documentos do hospital devem seguir a Norma de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais adotada.

3.4.6. Do Controle dos Documentos

Para garantir que apenas as versões atuais e relevantes dos documentos estejam disponíveis, recomenda-se que a impressão de documentos só seja permitida com autorização e de forma controlada.

Para tanto, as versões eletrônicas devem ser disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 12/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Os destinos das cópias físicas e eletrônicas devem ser registrados em planilha de controle para permitir a rastreabilidade e recolhimento das versões obsoletas.

A impressão de documentos deverá seguir as orientações de procedimento do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde sobre Controle de Cópias impressas. Os hospitais que ainda não possuem procedimento que trate do Controle de Cópias deverão elaborá-lo.

3.4.7. Do Treinamento e Publicação

A publicação dos documentos consiste em disponibilizá-los à comunidade do hospital em meios físicos e/ou eletrônicos em modo não editável. Os documentos somente serão publicados depois de passar pelo processo de validação e aprovação conforme o fluxo de documentos definidos e documentados pelo hospital.

A Divisão/Setor/Unidade responsável pelo documento deverá divulgar e treinar sua equipe aplicando o formulário de frequência para evidenciar o treinamento. É importante que o SGQVS observe a efetiva realização desses treinamentos pelas áreas responsáveis.

3.4.8. Da Consulta ao Acervo Documental

Os documentos publicados ficarão disponíveis no portal corporativo do hospital (canal de comunicação), em versão não editável, e deverão se referir, sempre, à última versão disponível.

A visualização dos documentos publicados em intranet é possível somente nos dispositivos conectados à rede do hospital.

Os documentos em meio físico serão distribuídos conforme necessidade das áreas.

Protocolos, planos terapêuticos e outros documentos poderão ser divulgados na internet como contribuição ao ensino, à pesquisa, à extensão e à assistência. Cabe ao SGQVS, junto às Gerências e à Superintendência, definir sobre a divulgação. Os documentos publicados são de propriedade e específicos da Instituição.

Os documentos externos devem ser arquivados nas unidades em que são aplicados. Documentos de origem externa provenientes de órgãos normativos (portarias, resoluções, leis, normas, etc.) devem estar disponíveis em arquivo físico e/ou eletrônico, nas áreas responsáveis por sua aplicação.

Os registros de calibração por entidades externas, os manuais de equipamentos e outros de origem externa, utilizados nos processos internos, estão disponibilizados nos respectivos setores e o seu controle, arquivamento e manutenção são responsabilidade da liderança do serviço.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 13/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

3.4.9. Da Revisão dos Documentos

Para revisão de documentos já homologados, a área emitente deve solicitar o documento editável ao Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde ou área responsável pela qualidade. As revisões são analisadas criticamente e aprovadas pelos respectivos responsáveis e são controladas pela data, número e histórico da revisão na lista mestra.

A revisão dos documentos será realizada:

- a) A partir de sugestões ou comentários dos colaboradores que utilizam o documento, após análise e aprovação dos responsáveis.
- b) A partir de alterações na legislação ou nas tecnologias utilizadas no processo.
- c) Para atender às melhorias necessárias aos processos.
- d) Para corrigir as não conformidades constantes do relatório de avaliação de auditorias internas e/ou externas.

Os documentos podem ser revistos a qualquer momento ou, no máximo, conforme periodicidade descrita para cada tipo de documento na quadro 2.

Quadro 2 - Temporalidade máxima para revisão de documentos	
Documento	Periodicidade máxima de revisão
Política	A cada 4 anos
Regimento	A cada 4 anos
Regulamento	A cada 4 anos
Norma	A cada 2 anos
Programa	A cada 2 anos
Plano	A cada 2 anos
Mapeamento de Processo	A cada 2 anos
Protocolo	A cada 2 anos
Manual	A cada 2 anos
Procedimento / Rotina	A cada 2 anos
Ordem de Serviço	Quando houver alteração na atividade descrita
Documento externo	Quando houver atualização sobre o tema

Fonte: Adaptado de Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade, v.05, 2017

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 14/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Para os demais documentos não descritos na tabela acima, não há periodicidade definida nesta Norma e sua revisão deverá ocorrer quando houver atualização sobre o tema ou por prazo definido pela Norma do hospital.

3.4.10. Da Exclusão

As versões anteriores dos documentos descritos nesta Norma não serão excluídas e sim desativadas ficando armazenadas em meio eletrônico. Isso garante o registro histórico para futuras pesquisas e verificação do ciclo de aprendizado.

Os documentos em meio físico que forem desativados serão recolhidos e destruídos, logo após o armazenamento em meio eletrônico.

Tais documentos podem ser desativados quando houver solicitação da liderança responsável pelo processo e aprovação da(s) respectiva(s) chefia(s).

3.4.11. Dos Documentos Obsoletos

Quando um documento for atualizado, as cópias da versão atual devem substituir a versão anterior. As cópias da versão anterior deverão ser recolhidas logo após a aprovação do documento que irá substituí-lo e antes da sua publicação.

Os documentos obsoletos impressos devem ser destruídos, o que garantirá a não permanência e circulação desse tipo de documento nas áreas da instituição.

O Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde manterá arquivo digital dos documentos antigos para controle e registro histórico das versões.

3.4.12. Do Descarte de Documentos Oficiais

O descarte dos documentos da qualidade obedecerá à Resolução CONARQ nº 40, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre os procedimentos para a eliminação de documentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Poder Público, ou resolução que a substitua.

O detalhamento da forma de descarte dos documentos oficiais deverá estar descrito em procedimento sobre solicitação de descarte de documentos confidenciais.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 15/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
02	30/07/2019	Revisão da Norma após Consulta Pública de 12/04/2019.

5. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9000/2015: **Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário**. Rio de Janeiro, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9001/2015: **Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos**. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Manual de Redação da Presidência da República**, 3ª edição, revista, atualizada e ampliada. Brasília, 2018. 189p.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS – CONARQ: **Classificação, Temporalidade e Destinação de Documentos de Arquivo Relativos às Atividades-Meio da Administração Pública**. Rio de Janeiro, 2001. 156p.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Rio de Janeiro: CBA, 2010. 288 p.

CNI. COMPI. Normalização: **Conhecendo e aplicando na sua empresa**. 2. ed. Brasília: CNI, 2002. 71p.

EBSERH, Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **NO 001 - Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade**. v.05, 25/09/2017. Belo Horizonte, 2017. 32p.

EBSERH, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. **Procedimento Geral – PGHU001 - Elaboração, Controle de Documentos e Registros**. São Luís, 2018. 27p.

EBSERH, Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal do Mato Grosso. **Manual: MN/SVSSP-UGRA/001/2016 - Sistema de Gestão da Qualidade Produção de Documentos**. v.01 Campo Grande, 2016. 21p.

EBSERH, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, **PQ/NGQ/001/2015 - Manual de Elaboração e Controle dos Documentos do Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ**, v. 02. Vitória, 2015. 10p.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 16/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019 Versão: 2	Próxima revisão: 30/07/2021

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES: **Manual de Identidade Visual Ebserh**. v.2.2. Brasília, 2018. 27p.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES: **Manual de Identidade Visual Ebserh**. v.2.3. Brasília, 2019. 24p.

FARIA, José Carlos. Administração: **Teoria e Aplicações**. Pioneira Thomson, 2002. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL. **Programa para Acreditação de Laboratórios Clínicos** – PALC. Norma PALC. Versão 2010. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/320101108101701.pdf>. Acesso em 20/08/2011. TAJRA, S.F. **Gestão Estratégica na Saúde**. São Paulo: Iátria; 2006. p. 145-150.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ: **Norma Zero para Elaboração de Documentos Institucionais**. v.15. 2018. 9p.

OLIVEIRA, Otavio J. **Gestão da Qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Cengage Learning Editores, 2006. 343 p.

SATURNO, P. J. **Como definimos calidad: opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad: maual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud**. Tradução por Gama ZAS. 2. ed. Murcia: Universidad de Murcia, 2008. ISBN 978-84-8371-752-3.

Elaboração Leili Mara da Cunha Lorena Bezerra Carvalho Bruna Mafra Guedes	Data: ____/____/____
Análise Marcia Amaral Dal Sasso	Data: ____/____/____
Aprovação <i>Rosana Reis Nothen</i> Coordenadora de Gestão da Clínica <i>Giuseppe Cesare Gatto</i> Diretor de Atenção à Saúde	Data: ____/____/____ Data: ____/____/____

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 17/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019 Versão: 2	Próxima revisão: 30/07/2021

COLABORAÇÃO

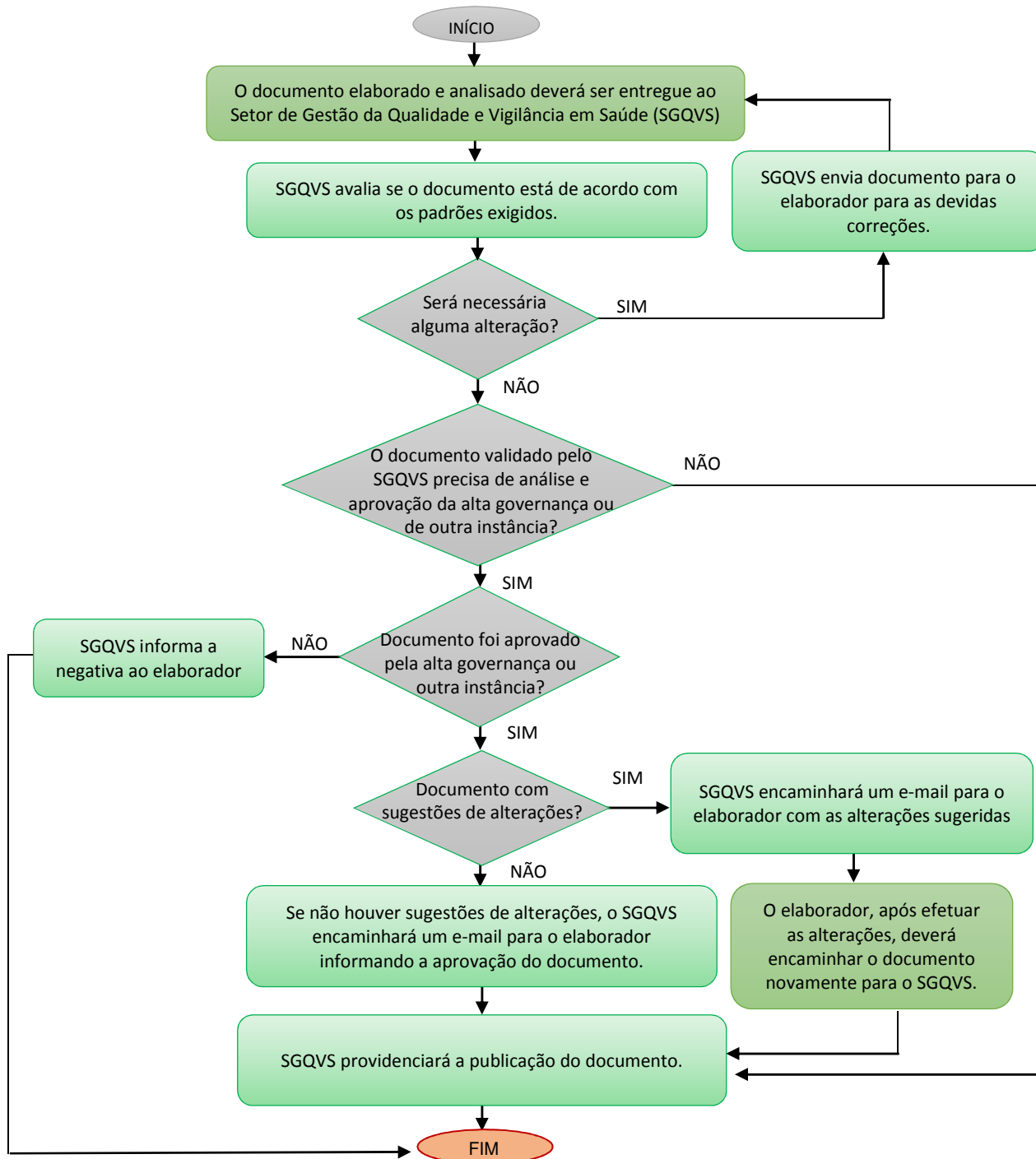
Profissionais da rede Ebserh que encaminharam contribuições em consulta pública divulgada pela Portaria-SEI nº 02, de 15 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 567, de 12 de abril de 2019.

Aline Lanzoni Bonato - CHC-UFPR
Ana Gabriela Victa - MCO-UFBA
Ana Paula Corrêa Gomes - HC-UFTM
Ana Paula Vaghetti de Oliveira - HU-FURG
Andressa Thomazine Borghardt - HUCAM-UFES
Bruna Monteiro - HUGV-UFAM
Claudia Simões C de A Bezerra - HUB-UNB
Dilma Teixeira de Oliveira Canuto - HUPAA-UFAL
Eugenie Desirée Rabelo Néri Viana - MEAC-UFC
Fabrícia Barcellos Souza Moro - HUCAM-UFES
Gardenia Lustosa De Lucena - HUB-UNB
Gilliárdia Ferreira de Moura - HU-FURG
Ianni Emmanuela Santana de Almeida - HU-UNIVASF
Juliana de Lima Cumarú - MEAC-UFC

Kathlene Rocha - HUPES-UFBA
Keury Thaisana Rodrigues Dos Santos Lima - MCO-UFBA
Ladyzélia Rocha Araújo Sodré HU-UFMA
Laiany Nayara Barros Gonçalves - HU-UNIVASF
Lorena Pastor - MCO-UFBA
Luciana Silveira - HUGV-UFAM
Mara Lúcia de Paula Freitas - MCO-UFBA
Margarida Maria Paiva Matos de Sousa - HU-UNIVASF
Monalisa Sant'Anna - HUPES-UFBA
Pedro Affonso Henriques Neto - CHC-UFPR
Peron Ribeiro Soares - HU-UFPI
Rosemeire Andreatta - HUCAM-UFES
Sabrina Telma Martins - HUB-UNB
Tatiane Batista Nascimento Chaves de Faria – HC-UFMG
Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde Holanda - HU-UFMA

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 18/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 01 - Fluxo de Elaboração, Aprovação e Publicação de Documentos



*SGQVS – Serviço de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde.

Em alguns hospitais o SGQVS corresponde a: Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, Setor/Unidade de Qualidade ou área responsável pela qualidade.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 19/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 02 - Modelo de Política

	(logo da universidade)	(logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NORME DO HOSPITAL)	 HOSPÍTAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL
Tipo do Documento	POLÍTICA		PD.XXX.001 – Página X/X	
Título do Documento			Emissão:	Próxima revisão:
			Versão:	

1. OBJETIVO
2. DESCRIÇÃO
3. CAMPO DE APLICAÇÃO
4. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação	Data: __/__/____
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQVS.001 – Página 20/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 03 - Modelo de Ordem de Serviço

[illegible]

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 21/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 04 - Modelo de Regimento

	(logo da universidade)	(logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NORME DO HOSPITAL)	
Tipo do Documento	REGIMENTO		REG.XXX.001 - Página X/X	
Título do Documento			Emissão:	Próxima revisão:
			Versão:	

(O documento deve ser estruturado em capítulos, seções, artigos e incisos; deve descrever minimamente o objetivo e o campo de aplicação)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Podem ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação	Data: __/__/__
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/__

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicado a fonte.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 22/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 05 - Modelo de Regulamento

	(logo da universidade)	(logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NORME DO HOSPITAL)	
Tipo do Documento	REGULAMENTO		RELXXX.001 - Página X/X	
Título do Documento			Emissão:	Próxima revisão:
			Versão:	

(O documento deve ser estruturado em capítulos, seções, artigos e incisos; deve descrever minimamente o objetivo, funcionamento e organização e disposições gerais)

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Podem ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação	Data: __/__/____
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 23/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 06 - Modelo de Norma

	(logo da universidade)	(logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NOME DO HOSPITAL)							
Tipo do Documento	NORMA		NO.XXX.001 - Página X/X							
Título do Documento			Emissão: Versão:	Próxima revisão:						
1. OBJETIVO 2. ABRANGÊNCIA DA NORMA 3. DESCRIÇÃO 4. LEIS E REGULAMENTOS APLICÁVEIS 5. HISTÓRICO DE REVISÃO <table border="1"> <thead> <tr> <th>VERSÃO</th> <th>DATA</th> <th>DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO			
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO								
(Podem ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação) <table border="1"> <tr> <td>Validação</td> <td>Data: __/__/__</td> </tr> <tr> <td>Aprovação (Nome, Função, Assinatura)</td> <td>Data: __/__/__</td> </tr> </table> <i>Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte</i>					Validação	Data: __/__/__	Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/__		
Validação	Data: __/__/__									
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/__									

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 24/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 07 - Modelo de Programa

	(logo da universidade)	(logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NOME DO HOSPITAL)	
Tipo do Documento	PROGRAMA		PRG.XXX.001 - Página X/X	
Título do Documento			Emissão:	Próxima revisão:
			Versão:	

1. APRESENTAÇÃO
2. OBJETIVO
3. SIGLAS E CONCEITOS
4. ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA
5. JUSTIFICATIVA
6. DIRETRIZES
7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
8. REFERÊNCIAS
9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Podem ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação	Data: ____/____/____
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: ____/____/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 25/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 08 - Modelo de Plano

	(logo da universidade)	(logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NORME DO HOSPITAL)	EBSERH HOSPÍTAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS
Tipo do Documento	PLANO		PL.XXX.001 - Página X/X	
Título do Documento			Emissão:	Próxima revisão:
			Versão:	

1. OBJETIVO
2. PLANO DE AÇÃO PARA ATENDIMENTO DOS OBJETIVOS
3. RESULTADOS ESPERADOS
4. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação	Data: __/__/____
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 26/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 09 - Modelo de Mapeamento de Processos

	(logo da universidade)	(logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NOME DO HOSPITAL)	
Tipo do Documento	MAPEAMENTO DE PROCESSOS		MP.XXX.001 - Página X/X	
Título do Documento			Emissão:	Próxima revisão:
			Versão:	

(O documento padrão em formato Word, modelo salvo dentro do software Bizagi, possui a estrutura mínima com as campos apresentadas)

- OBJETIVO
- DIAGRAMA DO PROCESSO
- DETALHAMENTO DO PROCESSO E ELEMENTOS
- HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação	Data: __/__/____
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 27/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 10 - Modelo de Protocolo

	(logo da universidade)	(logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NORME DO HOSPITAL)	
Tipo do Documento	PROTOCOLO			PRT.XXX.001 - Página X/X
Título do Documento				Emissão: _____ Versão: _____
				Próxima revisão: _____

1. SUMÁRIO
2. SIGLAS E CONCEITOS
3. OBJETIVOS
4. JUSTIFICATIVAS
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO
6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES
7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO*
8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS*
9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO*
10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO*
11. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA*
12. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA*
13. FLUXOGRAMAS
14. MONITORAMENTO
15. REFERÊNCIAS
16. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(*Itens obrigatórios apenas para os Protocolos Assistenciais)

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação	Data: ____/____/____
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: ____/____/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 28/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 11 - Modelo de Manual

	(logo da universidade)	(logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NOME DO HOSPITAL)							
Tipo do Documento	MANUAL		MA.XXX.001 - Página X/X							
Título do Documento			Emissão: Versão:	Próxima revisão:						
1. APRESENTAÇÃO 2. OBJETIVOS 3. DESCRIÇÃO 4. REFERÊNCIAS 5. HISTÓRICO DE REVISÃO <table border="1"> <thead> <tr> <th>VERSÃO</th> <th>DATA</th> <th>DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO			
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO								
(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação) <table border="1"> <tr> <td>Validação</td> <td>Data: __/__/____</td> </tr> <tr> <td>Aprovação (Nome, Função, Assinatura)</td> <td>Data: __/__/____</td> </tr> </table> Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte					Validação	Data: __/__/____	Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/____		
Validação	Data: __/__/____									
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/____									

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 29/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019	Próxima revisão: 30/07/2021
		Versão: 2	

Anexo 12 - Modelo de Procedimento / Rotina

 SUS	(logo da universidade) (logotipo da universidade)	(logo do hospital) (logotipo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NORME DO HOSPITAL)	 EBSERH EMPRESA BENSERVIÇOS DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO / ROTINA		POP.XXX.001 - Página X/X	
Título do Documento:			Emissão:	Próxima revisão:
			Versão:	

1. OBJETIVO(S)
2. MATERIAL
3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS
4. REFERÊNCIAS
5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação	Data: __/__/____
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: __/__/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	NORMA OPERACIONAL	NO.SGQ.001 - Página 30/30	
Título do Documento	ELABORAÇÃO E CONTROLE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	Emissão: 30/07/2019 Versão: 2	Próxima revisão: 30/07/2021

Anexo 13 - Modelo de Lista Mestra de Documentos

 (logo da universidade)	 (logo do hospital)	(NOME DA UNIVERSIDADE) (NORME DO HOSPITAL)	 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS
--	---	---	---

Tipo do Documento	DOCUMENTO DE CONTROLE	LMD.XXX.001 - Página X/X	
Título do Documento	LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1. CONTROLE DOS DOCUMENTOS

Código	Tipo de Documento	Título do Documento	Setor Elaborador	Versão	Nome de quem fez o documento	Validade	Próxima Revisão

2. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações das responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação	Data: ____/____/____
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: ____/____/____