

**EBSERH**

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM**

# **Boletim de Serviço**

**N.º 78, 26 de abril de 2016**

Ministério da  
**Educação**

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH**  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Avenida Getúlio Guaritá, 130  
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |  
Telefone: (34) 3318-5200 | [hcuftm.ebserh.gov.br](http://hcuftm.ebserh.gov.br)

**ALOÍZIO MERCADANTE OLIVA**

Ministro de Estado da Educação

**NEWTON LIMA NETO**

Presidente da Ebserh

**LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE**

Superintendente do HC-UFTM/Filial Ebserh

**AUGUSTO CÉSAR HOYLER**

Gerente Administrativo do HC-UFTM/Filial Ebserh

**MURILO ANTÔNIO ROCHA**

Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM/Filial Ebserh

**DALMO CORREIA FILHO**

Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM/Filial Ebserh

## SUMÁRIO

COLEGIADO EXECUTIVO.....	4
ALTERAÇÕES DE REGIMENTOS.....	4
Resolução n.º 28, de 20 de abril de 2016.....	4
Resolução n.º 29, de 20 de abril de 2016.....	9
Resolução n.º 30, de 20 de abril de 2016.....	19
SUPERINTENDÊNCIA.....	33
PRORROGAÇÃO DE SINDICÂNCIA.....	33
Portaria n.º 47, de 25 de abril de 2016.....	33

**COLEGIADO EXECUTIVO**

**ALTERAÇÕES DE REGIMENTOS**

**Resolução n.º 28, de 20 de abril de 2016**

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião ordinária, realizada em 20 de abril de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o Art. 3.º do Regimento Interno da Comissão de Acompanhamento de Cirurgias Bariátricas do HC-UFTM (parte integrante desta Resolução) para contemplar a nova formação:

- I – chefe da Divisão de Gestão do Cuidado, como presidente;
- II - responsável pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica, como vice-presidente;
- III - responsável pelo Serviço de Projetos e Credenciamentos;
- IV - dois assistentes sociais;
- V - dois médicos do Serviço de Cirurgia Bariátrica;
- VI - um fisioterapeuta;
- VII - um psicólogo;
- VIII - um educador físico;
- IX - um nutricionista;
- X - um representante da equipe de enfermagem;
- XI - um representante do corpo discente da UFTM;
- XI - um representante da Secretaria Municipal de Saúde;
- XII - um representante da Superintendência Regional de Saúde;
- XIII - um secretário.

Art. 2.º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

**Regimento Interno da Comissão de Acompanhamento de Cirurgias Bariátricas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**

**Capítulo I**

**Das Disposições Preliminares, Objetivos, Características**

Art. 1.º Esta Comissão foi criada e estruturada com a missão de acompanhamento de cirurgias bariátricas:

I - após a assinatura do Termo de Convênio 1447/2014 entre a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e a UFTM, em junho de 2014, prorrogado até junho de 2016, podendo ser novamente prorrogado, de acordo com a necessidade;

II - em virtude do processo de credenciamento de cirurgias bariátricas pelo HC-UFTM no Sistema Único de Saúde (SUS);

III - sem ônus ao SUS, uma cirurgia aberta por mês, para o programa de residência médica.

§ 1.º O objeto do Termo de Convênio 1447/2014 é um projeto de pesquisa e a realização de 200 cirurgias bariátricas por videolaparoscopia em 12 meses, onde o custeio e o investimento serão de dois milhões, um mil e quatrocentos e sessenta e três reais e cinquenta centavos (R\$ 2.001.463,50).

Art. 2.º Esta Comissão tem como objetivo:

I - auxiliar na transparência do processo de escolha dos pacientes a serem submetidos à cirurgia bariátrica;

II - montar equipe multiprofissional para o serviço de cirurgia bariátrica;

III - elaborar protocolos de atendimento;

IV - monitorar o serviço de cirurgia bariátrica.

## **Capítulo II**

### **Da composição e mandato**

Art. 3.º Esta Comissão é multidisciplinar e multiprofissional, nomeada e composta por membros do quadro funcional do HC-UFTM, conforme portaria da Superintendência do HC:

- I – chefe da Divisão de Gestão do Cuidado, como presidente;
- II - responsável pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica, como vice-presidente;
- III - responsável pelo Serviço de Projetos e Credenciamentos;
- IV - dois assistentes sociais;
- V - dois médicos do Serviço de Cirurgia Bariátrica;
- VI - um fisioterapeuta;
- VII - um psicólogo;
- VIII - um educador físico;
- IX - um nutricionista;
- X - um representante da equipe de enfermagem;
- XI - um representante do corpo discente da UFTM;
- XI - um representante da Secretaria Municipal de Saúde;
- XII - um representante da Superintendência Regional de Saúde;
- XIII - um secretário.

Art. 4.º Os membros exercerão seus mandatos por dois anos, sem receber qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

§ 1.º A substituição de membros dar-se-á por portaria do Superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2.º A ausência de um membro da Comissão a três reuniões consecutivas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

### **Capítulo III**

#### **Das reuniões/funcionamento**

Art. 5.º As reuniões serão realizadas em caráter ordinário, mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala de reuniões da Diretoria do HC.

Art. 6.º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 7.º As reuniões serão realizadas com a presença da maioria simples dos membros presentes.

Art. 8.º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 9.º As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em relatórios endereçados ao Superintendente.

### **Capítulo IV**

#### **Das atribuições**

Art. 10. São atribuições do presidente da Comissão:

- I - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
  - II - representar a Comissão em suas relações internas e externas;
  - III - participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
  - IV - indicar membros pertencentes ou não à Comissão para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- Parágrafo único: O Vice Presidente exercerá as mesmas atribuições do Presidente, nas suas ausências e impedimentos legais.

Art. 11. São atribuições dos demais membros da Comissão:

- I - estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II - comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V - elaborar e manter atualizados os protocolos de sua área multiprofissional;
- VI - produzir atividades científicas visando a integração entre serviço, ensino e pesquisa.

Art. 12. Caberá ao secretário da Comissão:

- I - organizar a ordem do dia;
- II - receber e protocolar os processos e expedientes;
- III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
- IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VI - lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VII - elaborar relatório mensal das atividades da Comissão;
- VIII - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;
- IX - realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço.

### **Das Disposições Gerais**

Art. 13. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da Comissão.

Art. 14. Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Comissão.



**Resolução n.º 29, de 20 de abril de 2016**

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião ordinária, realizada em 20 de abril de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o Art. 2.º do Regimento Interno da Comissão de Gestão da Carga Horária dos Profissionais Assistenciais, do Adicional de Plantão Hospitalar (APH) e do plantão de sobreavivo, parte integrante desta Resolução, para contemplar a nova formação:

- I – gerente de Atenção à Saúde, como presidente;
- II – chefe da Divisão Médica, como vice-presidente;
- III – chefe do Setor de Urgência e Emergência;
- IV – chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
- V – chefe da Divisão de Gestão do Cuidado;
- VII – chefe da Divisão de Enfermagem;
- VIII – chefe da Divisão de Gestão de Pessoas;
- IX – chefe da Unidade de Reabilitação;
- X – chefe do Setor de Farmácia;
- XI – chefe da Unidade Psicossocial;
- XII – chefe da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica;
- XIII – representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- XIV – secretário.

Art. 2.º Esta Resolução em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

**Regimento Interno da Comissão de Gestão da Carga Horária dos Profissionais Assistenciais, do Adicional de Plantão Hospitalar e do Plantão de Sobreaviso do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

**Título I**

**Das disposições gerais**

**Capítulo I**

**Da legalidade**

Art. 1.º A Comissão de Gestão da Carga Horária dos Profissionais Assistenciais, do Adicional de Plantão Hospitalar e dos Plantões de Sobreaviso foi instituída pela Superintendência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, em Portaria n.º 9, de 13 de janeiro de 2015 que revogou as portarias das Comissões de Acompanhamento de Plantão de Cobertura, de 25 de agosto de 2011, de gestão da carga horária médica, de 3 de fevereiro de 2014, e do APH, de 9 de abril de 2014.

**Capítulo II**

**Da composição**

Art. 2.º A Comissão, nomeada em portaria pelo Superintendente, é composta pelos seguintes membros:

- I – gerente de Atenção à Saúde, como presidente;
- II – chefe da Divisão Médica, como vice-presidente;
- III – chefe do Setor de Urgência e Emergência;
- IV – chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
- V – chefe da Divisão de Gestão do Cuidado;
- VII – chefe da Divisão de Enfermagem;
- VIII – chefe da Divisão de Gestão de Pessoas;
- IX – chefe da Unidade de Reabilitação;
- X – chefe do Setor de Farmácia;
- XI – chefe da Unidade Psicossocial;
- XII – chefe da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica;
- XIII – representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;

XIV – secretário.

Parágrafo único. O mandato dos membros da Comissão terá duração enquanto os mesmos permanecerem nos cargos que representam, que são de livre nomeação e exoneração.

### **Capítulo III**

#### **Das reuniões/das deliberações**

Art. 3.º As reuniões ordinárias da Comissão serão mensais, agendados com antecedência mínima de 4 (quatro) dias, sendo precedida da convocação de todos os seus membros.

Art. 4.º Transcorridos 7 (sete) dias do prazo previsto no artigo anterior para a convocação, sem que tenha sido providenciada pelo presidente ou vice, qualquer membro da Comissão poderá fazê-lo, obedecendo a antecedência mínima disposta no artigo anterior.

Art. 5.º As reuniões ordinárias serão iniciadas com a presença de metade mais um dos membros nomeados e as deliberações serão tomadas pela maioria simples dos membros presentes, cabendo ao presidente ou vice, na ausência do presidente, o voto de desempate.

Art. 6.º Os membros que faltarem a 3 (três) reuniões ordinárias consecutivas ou a 5 (cinco) intercaladas, sem justificativa, serão automaticamente excluídos da Comissão, assumindo seu lugar o substituto legalmente constituído.

Art. 7.º As reuniões extraordinárias poderão ocorrer a qualquer tempo por convocação de, no mínimo, 1/3 dos membros, com dois dias úteis antes da data da reunião e apresentação de justificativa ao secretário para adotar as providências necessárias para a convocação.

Art. 8.º As deliberações da Comissão em reuniões extraordinárias serão tomadas pela maioria simples dos membros presentes, cabendo ao presidente ou vice, na ausência do presidente, o voto de desempate.

Art. 9.º As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em atas lavradas pelo secretário e apresentadas aos membros, até sete dias úteis após a realização das reuniões, para análise e correções.

Art. 10. As deliberações consubstanciadas em atas terão força normativa e serão arquivadas em livro, especialmente designado para este fim, podendo ser dado vistas a quem interessar, na Secretaria da Comissão, mediante solicitação formal ao presidente da Comissão.

Art. 11. Após cada reunião, deverá ser elaborado relatório endereçado ao Superintendente com as deliberações da Comissão.

## **Capítulo IV**

### **Dos grupos de trabalho**

Art. 12. Dadas as especificidades e urgências dos assuntos em pauta, poderão ser criados Grupos de Trabalhos específicos, visando aprofundamento e encaminhamento de propostas à Comissão.

Art. 13. A criação dos Grupos de Trabalho será discutida em reunião ordinária com a escolha dos membros participantes e determinação do prazo para conclusão dos trabalhos.

Art. 14. Os Grupos de Trabalho poderão ter, no máximo, quatro membros da Comissão, com agenda própria, preservadas as datas das reuniões regulares da comissão, sendo os trabalhos pautados pelas regras a seguir:

- I - eleger, entre os membros, um Coordenador;
- II - apresentar relatório final de atividades à Comissão para avaliação;
- III - apresentar as decisões do Grupo em reunião ordinária para aprovação;
- IV - convidar profissionais, a critério, a título de colaboração, para otimizar os trabalhos internos;
- V - dar aos convidados o direito a voz, sem direito a voto;

## **Título II**

### **Do APH**

#### **Capítulo I**

##### **Das Disposições Iniciais**

Art. 15. As disposições a seguir como competências, atribuições, legislação e critérios estabelecidos pela Comissão de Gestão da Carga Horária dos Profissionais Assistenciais, do

Adicional de Plantão Hospitalar (APH) e dos Plantões de Sobreaviso, referem-se ao APH, ficando a normatização dos trabalhos da comissão, referente à gestão da carga horária dos profissionais assistenciais e do plantão de sobreaviso, para a primeira revisão deste regimento.

## **Capítulo II**

### **Das competências**

Art. 16. Compete aos membros da Comissão:

- I - elaborar o Regimento Interno com normas e diretrizes relacionadas à realização do APH no âmbito do HC-UFTM, obedecendo à legislação vigente;
- II - revisar as normas e diretrizes para realização do APH sempre que ocorrerem circunstâncias relevantes e/ou urgentes;
- III - estabelecer normas de caráter complementar a fim de adequar o regimento às especificidades locais, desde que não confrontem com a legislação vigente;
- IV - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à execução do Regimento Interno referente ao APH;
- V - responder e dar o devido encaminhamento às demandas decorrentes das distribuições de plantões de APH que ultrapassem o limite de cada setor.

## **Capítulo III**

### **Das atribuições**

Art. 17. São atribuições do Presidente da Comissão:

- I – convocar os membros para reuniões e deliberações;
- II - emitir parecer, informação ou despacho, após deliberação em reunião;
- III - zelar e orientar quanto à aplicação da legislação e jurisprudência, relacionadas ao APH;
- IV - prestar informações aos órgãos de controle interno e externo ao HC-UFTM;
- V - exercer o voto de desempate em reuniões deliberativas;
- VI - consubstanciar em relatórios endereçados ao Superintendente, as deliberações da Comissão.
- VII - exercer outras atividades que lhes forem designadas pela Superintendência do HC-UFTM, compatíveis com a presidência da Comissão.

Parágrafo único. O vice-presidente da Comissão exercerá as atribuições do presidente em suas ausências e impedimentos legais.

Art. 18. São atribuições dos membros da Comissão:

- I - comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- II - elaborar proposta de normativos que tratam do APH, obedecendo à legislação vigente;
- III - acompanhar, junto à Divisão de Gestão de Pessoas, a execução do APH pelo controle biométrico da frequência dos plantonistas;
- IV - convocar, quando necessário, as reuniões ordinárias ou extraordinárias, conforme artigos 4.º e 7.º deste regimento;
- V - executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente, compatíveis com a condição de membro da Comissão.

Art. 19. São atribuições do secretário da Comissão:

- I - preparar as pautas, atas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão e encaminhar aos membros os documentos necessários;
- II - expedir ato de convocação, em conformidade com o que estabelece o capítulo III deste regimento;
- III - encaminhar à chefia do setor envolvido as deliberações da Comissão por ocasião de alteração, inclusão ou exclusão do APH;
- IV - executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão, inerentes ao serviço de secretariado.

## **Capítulo IV**

### **Da legislação**

Art. 20. O APH, caracterizado por jornadas extras de trabalho, com remuneração suplementar, foi uma alternativa criada pelo Governo Federal para suprir as carências de pessoal nas áreas assistenciais e unificar as atividades de ensino à prática hospitalar, instituído pela Lei 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, artigos 298 a 307, regulamentado pelo Decreto n.º 7.186, de 27 de maio de 2010, com regras complementares estabelecidas pela Portaria n.º 1429 do Ministério da Saúde, de 12 de julho de 2013.

Parágrafo único. Ainda integram a normatização de APH as notas técnicas de números 41 e 103/2013/CGNOR/DENOP/SEGEP/MP, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Art. 21. O APH é devido aos servidores em efetivo exercício de atividades hospitalares, desempenhadas em regime de plantão nas áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação.

Art. 22. Farão jus ao APH os servidores em exercício nas unidades hospitalares de que trata o artigo 21 deste regimento, quando trabalharem em regime de plantão:

I - integrantes do Plano de Carreiras dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, de que trata a Lei n.º 11.091, de 12 de janeiro de 2005, titulares de cargos de provimento efetivo da área de saúde;

II - integrantes da Carreira de Magistério Superior, de que trata a Lei n.º 7.596, de 10 de abril de 1987, que desenvolvam atividades acadêmicas nas unidades hospitalares;

III - ocupantes dos cargos de provimento efetivo, regidos pela Lei n.º 8.112/1990, em exercício nas unidades hospitalares, referidas no artigo 21 deste regimento.

Parágrafo único. O APH objetiva suprir as necessidades de recursos humanos das áreas assistenciais que encontram-se com déficit de pessoal, devido ao dimensionamento insuficiente e alto índice de absenteísmo, para prestar uma assistência segura e de qualidade aos clientes hospitalizados.

Art. 23. Conforme legislação vigente, o APH não se incorpora aos vencimentos, à remuneração nem aos proventos da aposentadoria ou pensão e não servirá de base de cálculo de qualquer benefício, adicional ou vantagem, e não será devido no caso de pagamento de adicional pela prestação de serviço extraordinário ou adicional noturno referente à mesma hora de trabalho;

Art. 24. Para efeito de concessão do APH, as entidades do sistema federal de ensino superior que possuam hospital universitário e as unidades hospitalares do Ministério da Saúde apresentarão demonstrativo histórico do quadro de pessoal necessário ao desenvolvimento ininterrupto das atividades hospitalares, que será sistematizado, acompanhado e avaliado por Comissão de Verificação e encaminhado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por intermédio do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde e do Ministério da Defesa, respectivamente.

Art. 25. O plantão de APH (presencial e/ou de sobreaviso) terá duração mínima de 12 (doze) horas ininterruptas, não podendo ultrapassar 24 (vinte e quatro) horas semanais.

Art. 26. Para a realização do APH, o servidor deverá:

- I - cumprir a jornada diária de trabalho;
- II - ter disponibilidade de horário para o plantão presencial de APH no HC;
- III - exercer integralmente sua carga horária de trabalho na escala de plantão normal e cumprir, na escala APH, um mínimo de 12 horas ininterruptas de plantão, sendo vedada a ultrapassagem de 24 horas semanais.

Art. 27. O servidor escalado para cumprir plantão de sobreaviso deverá atender prontamente em casos de necessidade, sendo obrigatório o registro de ponto eletrônico, na entrada e saída do plantão, para a conversão em plantão presencial, referente às horas disponibilizadas na instituição.

Art. 28. Na acumulação de cargos, para a realização do APH, o servidor deverá:

- I - cumprir integralmente a jornada diária de trabalho a que estiver sujeito em ambos os cargos, independente da prestação de serviço de plantão;
- II - não ultrapassar a carga horária de 60 horas semanais com o APH, a fim de garantir a integridade física e mental, bem como o cumprimento satisfatório das atribuições inerentes aos cargos e ao plantão de APH.

## **Capítulo V**

### **Dos demais critérios estabelecidos no HC**

Art. 29. Além da legislação pertinente ao assunto, o HC-UFTM estabeleceu outros critérios para regular a realização de APH, devendo o servidor aceitar as normas de operacionalização das escalas de APH, ou seja, adequar-se às escalas (plantão normal e de APH), de acordo com as necessidades de cada setor:

- I - a falta em turno de trabalho cotidiano, sem prévia justificativa ou apresentação de licença de qualquer natureza, devidamente regulamentada, determina a suspensão do servidor na escala de APH do mês em curso e do mês subsequente;
- II - aos servidores que apresentarem licença-saúde de qualquer duração, fica instituído um período de carência na realização de plantões de APH de dez dias, a partir do reinício das atividades laborais.



III - aos servidores portadores de restrições ao trabalho confirmadas com laudo médico, somente poderão executar o labor referente ao APH em unidades compatíveis com a restrição, ficando o critério de análise e de distribuição sob responsabilidade exclusiva da Comissão;

IV - a exclusão de plantão, devido à necessidade pessoal, somente poderá ser efetuada no prazo mínimo de setenta e duas horas que antecedem a ocorrência do plantão, após comunicação interna no formulário de APH, com anuência da chefia do setor e protocolo na Divisão de Gestão de Pessoas;

V - o servidor que não solicitar a exclusão do plantão em tempo hábil, ou não comparecer ao plantão configurando falta, será excluído da escala de APH do mês em curso e do mês subsequente;

VI - a troca de plantão de APH somente será concedida com preenchimento do formulário de comunicação interna de APH, no prazo mínimo de setenta e duas horas que antecedem a ocorrência do plantão, devendo ser informada a exclusão do servidor substituído e a inclusão do substituto, com a assinatura e identificação de ambos e das chefias da unidade ou unidades envolvidas;

VII - a prioridade de cobertura em outros setores, em caso de necessidade de serviço, fica sob responsabilidade do plantão de APH e o remanejamento do servidor é determinado pelo chefe da unidade e/ou plantão administrativo.

VIII - na recusa ao remanejamento pelo plantonista de APH, ficará ele automaticamente suspenso da realização de APH na escala do mês em curso e do mês subsequente.

Art. 30. Para o bom funcionamento na realização do APH, as chefias deverão:

I - formalizar as escalas de plantões (habitual e de APH), de acordo com as necessidades do serviço;

II - entregar as escalas à Divisão de Gestão de Pessoas, impreterivelmente até o 15.º dia do mês que antecede o cumprimento da escala, com a devida assinatura de quem coordena a área;

III - afixar em quadro de avisos as escalas de plantões normais e de APH do mês em curso.

Art. 31. À Divisão de Gestão de Pessoas compete orientar e fazer cumprir a legislação do APH:

I - recebendo e analisando as escalas de plantões de APH;

II - determinando a consolidação das previsões de plantões necessárias feitas pelas diversas áreas do hospital;

III - aprovando a previsão e a escala de plantões;

IV - autorizando a concessão de APH, respeitados os limites estabelecidos na legislação, conforme artigo 6º do Decreto Lei nº 7.186;

V - inserindo no Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC) as escalas de APH para efeito de pagamento;

VI - acompanhando e controlando o sistema de ponto biométrico dos plantonistas de escala de APH;

VII - publicar mensalmente no sítio eletrônico do HC-UFTM as escalas de APH.

### **Título III**

#### **Da carga horária dos profissionais assistenciais/do plantão de sobreaviso**

##### **Capítulo único**

##### **Das disposições gerais**

Art. 32. A normatização da gestão da carga horária dos profissionais assistenciais e do plantão de sobreaviso será tratada em revisão deste regimento.

### **Título IV**

##### **Capítulo único**

##### **Das disposições finais**

Art. 33. As alterações deste Regimento e os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em reunião ordinária ou especialmente designada para este fim.

**Resolução n.º 30, de 20 de abril de 2016**

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh -, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião ordinária, realizada em 20 de abril de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o Art. 2.º da Resolução n.º 3, do Colegiado Executivo, de 26 de maio de 2015, para determinar a nova formação do Núcleo da Qualidade (NQ) do HC-UFTM:

I - coordenador;

II - dois representantes da alta administração hospitalar;

III - grupo técnico/executor:

a) três representantes do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

b) três representantes da Administração Hospitalar para planejamento estratégico;

c) um representante da Divisão de Enfermagem;

IV - secretário.

Art. 2.º Alterar o Art. 15 do Regimento Interno do NQ do HC-UFTM (parte integrante desta Resolução) para contemplar a nova formação.

Art. 3.º Revogar o Art. 3.º da Resolução n.º 3, do Colegiado Executivo, de 26 de maio de 2015, e determinar ao Superintendente do HC a designação dos atuais membros, conforme o Art. 1.º desta Resolução.

Art. 4.º A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

## **Regimento Interno do Núcleo de Qualidade do HC-UFTM**

### **Siglas**

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
HC	Hospital de Clínicas
NQ	Núcleo da Qualidade
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ONA	Organização Nacional de Acreditação
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

### **Introdução**

A qualidade dos serviços e produtos de saúde e o controle da gestão em hospitais é um fator de fundamental importância para uma administração hospitalar eficiente, buscando o atendimento das necessidades, anseios e expectativa das pessoas. A qualidade nos serviços de saúde deve ser constantemente aperfeiçoada, tornando-se alvo constante dos esforços das instituições de saúde, tendo em vista a maior satisfação dos que necessitam desses serviços.

Para Silva et al (2010), os programas de qualidade na área hospitalar tem um complexo conjunto de dimensões a serem consideradas dentre elas, a reunião de um excelente corpo clínico, da gestão dos processos administrativos, da organização que envolvem finanças, logística, procedimentos operacionais e outras áreas comuns a organizações de diferentes setores.

A Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), do Brasil estabelece critérios de Excelência para uma gestão de qualidade plena. Dentre eles:

- 1- Visão sistêmica – entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o ambiente externo.
- 2- Aprendizado organizacional – busca e alcance de um novo nível de conhecimento, por meio de percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de experiências, alterando princípios e conceitos aplicáveis a práticas, processos, sistemas, estratégias e negócios, e produzindo melhorias e mudanças na organização.
- 3- Proatividade – capacidade da organização de se antecipar às mudanças de cenários e às necessidades e expectativas dos clientes e das demais partes interessadas.

4- Foco no cliente e no mercado – conhecimento e entendimento do cliente e do mercado, visando à criação de valor de forma sustentada para o cliente e maior competitividade nos mercados

5- Responsabilidade social – atuação baseada em relacionamento ético e transparente com todas as partes interessadas, visando ao desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para futuras gerações, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais.

6- Inovação – implementação de novas idéias geradoras de um diferencial competitivo.

7- Gestão baseada em fatos – tomada de decisões com base na medição e análise do desempenho, levando-se em consideração às informações disponíveis, incluindo os riscos identificados.

8- Valorização das pessoas – compreensão de que o desempenho da organização depende da capacitação, motivação e bem-estar da força de trabalho e da criação de um ambiente de trabalho propício à participação e ao desenvolvimento das pessoas.

9- Abordagem por processos – compreensão e gerenciamento da organização por meio de processos, visando à melhoria do desempenho e à agregação de valor para as partes interessadas.

10- Liderança e constância de propósitos – comprometimento dos líderes com os valores e princípios da organização; capacidade de construir e implementar estratégias e um sistema de gestão que estimule as pessoas a realizar um propósito comum e duradouro.

11- Visão de futuro – compreensão dos fatores que afetam o negócio e o mercado no curto e no longo prazo, permitindo o delineamento de uma perspectiva consistente para o futuro desejado pela organização.

12- Orientação para resultados – compromisso com a obtenção de resultados que atendam, de forma harmônica e balanceada, às necessidades de todas as partes interessadas na organização.

Devido a inúmeros problemas na área da saúde, houve a necessidade em criar alguma ferramenta que fosse capaz de entender os mecanismos e tentar reduzir falhas, com o objetivo de oferecer qualidade no atendimento e criar uma nova estrutura que atendesse com profissionalismo os usuários do sistema. Foi então criada a acreditação, que, de acordo com a Organização Nacional de Acreditação (ONA), é o procedimento pelo qual uma instituição acreditadora “reconhece formalmente que uma empresa tem competência para cumprir as atividades definidas na sua razão social”. No Sistema Brasileiro de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde, a avaliação pauta-se por exigências legais de segurança no atendimento, bem como na organização do trabalho e seus resultados. A

certificação na área de saúde surge com a intenção de promover a melhoria contínua dos processos hospitalares.

## **Capítulo I**

### **Das disposições gerais**

Art. 1.º Este regimento atende as normas instituídas pela alta administração do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), autoridade que otimiza os serviços de saúde e promove o aperfeiçoamento da gestão do HC.

Art. 2.º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3.º Para efeitos deste regimento a Qualidade é entendida "como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta administração do hospital até seus funcionários mais básicos".

Art. 4.º O Núcleo da Qualidade tem como pontos básicos: foco no cliente, trabalho em equipe permeando toda a organização, decisões baseadas em fatos e dados e a busca constante da solução de problemas e da diminuição de erros.

Art. 5.º Considerar-se-à Gestão por Processos o conjunto de operações sucessivas ou paralelas que proporcionam um resultado definido.

Parágrafo único. O monitoramento dos processos é fundamental para garantir resultados positivos e segurança, com atividades como: padronização de documentos, mapeamento de processos, gerenciamento de indicadores e análise de dados, determinação de conceitos e metodologias para gerenciamento de riscos, acompanhamento e implantação de melhorias, capacitação de gestores e colaboradores

Art. 6.º Nas unidades são estabelecidas sistemáticas para tratamento e prevenção de falhas, com aplicação de ferramentas para gerenciamento de riscos associados aos cuidados prestados.

Parágrafo único. Além disso, fluxos e métodos são padronizados para execução das atividades clínicas e administrativas, evidenciados em documentos oficiais com o objetivo é fortalecer a interface entre profissionais de disciplinas diversas, com foco na integração assistencial e monitoramento contínuo dos resultados.

Art. 7.º A acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos.

Parágrafo único. Terá caráter educacional e não fiscal para determinar se a instituição atende aos requisitos elaborados para melhorar a segurança e a qualidade do serviço.

Art. 8.º O Núcleo da Qualidade (NQ) está alicerçado nos pilares fundamentais da Qualidade, segundo Donabedian (1990):

I - eficácia: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos;

II - efetividade: é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência e o resultado potencial, representado por estudos epidemiológicos e clínicos;

III - eficiência: é a relação entre o benefício oferecido pela assistência médica e seu custo econômico;

IV - otimização: é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. É a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis;

V - aceitabilidade: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por 5 conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência;

VI - legitimidade: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade;

VII - equidade: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade.

### **Do Núcleo da Qualidade**

Art. 9.º O NQ tem o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes, profissionais e colaboradores, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis do HC-UFTM nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos.

Art. 10. O NQ tem por objetivo assegurar que a Gestão da Qualidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro seja estabelecido, implantado e mantido, de acordo com requisitos da qualidade estabelecidos no processo de Acreditação da ONA.

Art. 11. O NQ, durante as ações de implantação, implementação e a manutenção, obedecerá as normas vigentes para cada processo trabalhado.

## **Capítulo II**

### **Da natureza e finalidade**

Art.12. O NQ é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, é diretamente ligado a Superintendência do Hospital.

Art. 13. O NQ é um conjunto de programas gerenciais que sistematiza o planejamento, a formulação e a operacionalização dos processos assistenciais e de apoio, necessários para garantir a excelência nos serviços prestados.

Art. 14. O NQ tem por finalidade assessorar a promoção de ações institucionais de melhoria contínua na gestão dos processos, elevando o padrão dos serviços prestados por meio de indicadores da qualidade, avaliação da satisfação dos usuários, definição de metodologias e ferramentas da qualidade e controle dos instrumentos administrativos que compõem a estrutura organizacional.



### **Capítulo III**

#### **Da composição**

Art.15. O NQ, composto por colaboradores do HC e nomeado pelo Superintendente em Portaria, é formado:

I- coordenador;

II - dois representantes da alta administração Hospitalar;

III - grupo técnico/executor:

a) três representantes do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

b) três representantes da Administração Hospitalar para planejamento estratégico;

c) um representante da Divisão de Enfermagem;

V - secretário.

Art. 16. Fica facultada ao coordenador do Núcleo propor a participação de novos profissionais para atuarem como apoio técnico e operacional na implementação dos processos.

### **Capítulo IV**

#### **Dos deveres e responsabilidades**

Art. 17. São deveres e responsabilidades dos membros do NQ:

I - participar das reuniões, discussões e deliberações sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;

II - propor assuntos para a pauta das reuniões;

III - solicitar reunião extraordinária do NQ;

IV - colaborar com estudos e propostas ao NQ, que contribuam para a implantação de medidas que venham a assegurar a estruturação organizacional mais adequada à execução dos processos e das atividades do NQ;

V - colaborar com estudos e debates visando ao aperfeiçoamento permanente dos processos e das atividades do NQ;

VI - coordenar a implantação, na sua área de atuação, das medidas e processos aprovados pelo NQ;

VII - colaborar com as outras áreas de atuação do NQ na implantação das medidas e processos aprovados;

VIII - participar da apreciação e deliberação sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;

IX - pedir vistas de assuntos em discussão.

Art. 18. Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Art. 19. As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 20. As atribuições dos representantes do NQ são as seguintes atividades:

I - representantes da alta administração:

- a) assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do Sistema de Gestão da Qualidade sejam estabelecidos;
- b) assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização;
- c) servir como contato para organizações externas no que se refere NQ-HC-UFTM.

II - coordenador:

- a) convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do NQ;
- b) consolidar a pauta definitiva das reuniões do NQ;
- c) colocar em discussão qualquer matéria urgente ou de alta relevância, ainda que não constante da pauta de convocação;
- d) representar o NQ junto à Gestão Superior e entidades da sociedade;
- e) delegar atribuições aos demais membros do NQ;
- f) constituir grupo(s) de trabalho(s), se e quando necessário, indicando para cada grupo um relator;
- g) expedir todos os atos necessários à efetivação das deliberações do NQ;

- h) convidar, a seu critério ou por indicação dos membros do NQ, autoridades ou técnicos de notória competência profissional, para participar das reuniões, sem direito à participação nas deliberações do NQ;
- i) conceder visto de matérias aos membros do NQ, quando solicitado;
- j) supervisionar as atividades exercidas pelo Secretário do NQ;
- k) convocar e coordenar as reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista no Manual da Qualidade;
- l) fazer cumprir este Regimento.

III - grupo técnico/executor:

- a) consolidar a pauta preliminar das reuniões do NQ, e submeter ao coordenador;
- b) estudar e propor ao NQ, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional;
- c) mapear e monitorar a implantação das medidas e da estruturação dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados pelo NQ;
- d) realizar estudos e debates visando o aperfeiçoamento permanente dos processos e da estrutura organizacional visando o cumprimento da missão institucional;
- e) apreciar e deliberar sobre propostas apresentadas por membros do NQ, a serem levadas às reuniões do Núcleo;
- f) representar o NQ junto aos setores do HC-UFTM;
- g) apoiar, acompanhar e controlar todas as ações voltadas para a implantação e manutenção do sistema da qualidade;
- h) assegurar a realização das reuniões de análise crítica do sistema e na periodicidade prevista;
- i) acompanhar os indicadores de desempenho do Sistema da Gestão da Qualidade para a tomada de decisão que garanta a eficácia do sistema;
- j) promover a integração do NQ com os demais setores, sendo interlocutor que viabilize a consolidação dos ajustes necessários à implantação das medidas que assegurem a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional do HC.;
- k) prestar serviço de consultoria interna em desenvolvimento organizacional e qualidade ao NQ;
- l) acompanhar os Planos Anuais de Auditoria Interna visando assegurar a sua realização;

- m) Prestar assistência ao processo de desenvolvimento e manutenção do NQ, buscando informações e feedback que possibilitem avaliação dos programas e procedimentos implantados.
- n) programar e executar o treinamento de todos os funcionários nas atividades relacionadas a qualidade hospitalar, visando a multiplicação dos conhecimentos e facilitar a implementação dos programas;
- o) organizar eventos internos e externos relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade, visando promover o treinamento dos colaboradores;
- p) elaborar os fluxogramas de documentação do NQ, visando a correta comunicação e registro das informações;
- q) desenvolver material de apoio, tais como apostilas, cartilhas, cartazes, visando otimizar os treinamentos e a divulgação do programa;
- r) ministrar treinamentos internos relacionados com a qualidade.

IV - secretário:

- a) controlar as ocorrências relacionadas com a qualidade, digitando dados, para elaboração de relatórios com estatísticas de produção;
- b) participar da elaboração e redação dos procedimentos relacionados com a qualidade; c) manter controles dos registros da qualidade;
- d) controlar os certificados de qualidade de matérias-primas recebidas;
- e) verificar os prazos dos certificados de aferição de instrumentos por entidade credenciada;
- f) distribuir e controlar as cópias de manuais da qualidade;
- g) preparar a proposta de pauta das reuniões do NQ, fazendo constar as sugestões encaminhadas previamente pelos membros do Comitê, e consolidá-la com o Coordenador;
- h) expedir convocação para as reuniões do NQ, anexando a pauta e a documentação necessária para as deliberações;
- i) providenciar a organização do local das reuniões, a infraestrutura necessária e a comunicação aos membros do NQ;
- j) elaborar as atas ou notas de reuniões e encaminhá-las aos membros do NQ, num prazo máximo de 7 dias;
- k) organizar a comunicação, o arquivo e a documentação da qualidade, de forma a garantir o acesso rápido e seguro às informações.

V - Assessor de planejamento e qualidade:

- a) substituir o Coordenador nas suas ausências ou afastamentos temporários;

- b) assessorar o Coordenador e o grupo da Qualidade em todos os assuntos de sua competência;
- c) assessorar os gerentes e facilitadores do HC na implantação das atividades do NQ, visando garantir sua execução dentro dos padrões estabelecidos.

## **Capítulo V**

### **Das competências do Núcleo de Qualidade**

Art. 21. Estudar e propor à representantes da alta administração e da comunidade do HC-UFTM, medidas para assegurar a estruturação dos processos organizacionais, adequando-os ao cumprimento da missão institucional.

Art. 22. Assegurar a implantação e manutenção dos processos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração.

Art. 23. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos organizacionais, definidos para estes serviços.

Art. 24. Assegurar a implantação das medidas aprovadas.

Art. 25. Garantir que o Núcleo de Qualidade (NQ) orientará os processos de trabalho elencados prioritariamente :

- I - desenvolver o mapeamento dos processos essenciais;
- II - estabelecer a cultura da elaboração documental e sua aplicação;
- III - manter programas para o gerenciamento de riscos e eventos adversos, com vistas a contemplar as Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- IV - capacitar os profissionais para a prática com qualidade e segurança;
- V - sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na instituição.
- VI - garantir o gerenciamento de riscos na instituição, através das diretrizes das Gerências de Risco, CCIH e NSP;
- VII - garantir a implementação das metas internacionais de segurança;
- VIII - obter efetividade nas ações voltadas para a melhoria da qualidade e segurança do paciente;
- IX - mapear, revisar e monitorar os processos estabelecidos buscando a melhoria institucional contínua;

X - monitorar os indicadores de qualidade dos serviços, na aferição da melhoria dos processos;

XI - garantir que o monitoramento e a intervenção em todos dos processos estabelecidos, sejam realizados pelas lideranças, buscando as melhorias exigidas;

XII - garantir a manutenção das melhorias alcançadas com seus respectivos registros e divulgação a toda comunidade do HC-UFTM;

XIII - promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a instituição.

## **Capítulo VI**

### **Das reuniões**

Art. 26. As reuniões do NQ serão realizadas quinzenalmente com o grupo técnico, executor e assessor e mensalmente com os membros da alta administração em caráter ordinário, em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, na sala do NQ do HC, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 27. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro da Comissão.

Art. 28. Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer um dos membros da Comissão.

Art. 29. O NQ mensalmente apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 30. As reuniões serão realizadas com qualquer número de participantes, a critério do Coordenador, ficando as resoluções na dependência da presença da metade, mais um, dos membros presentes à reunião.

Art. 31. De cada reunião será lavrada Ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 32. Os membros da comissão que faltarem a 03(três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

## **Capítulo VII**

### **Da deliberação e recomendação**

Art. 33. As deliberações do NQ serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros:

- I - as votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata;
- II - as decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes;
- III - em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador do NQ.

## **Capítulo VIII**

### **Do suporte ao funcionamento**

Art. 34. O apoio administrativo ao NQ será realizado pelo trabalhador administrativo terceirizado a ser contratado.

Art. 35. São consideradas atividades administrativas:

- I - prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NSP;
- II - elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NSP;
- III - realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

## **Capítulo IX**

### **Dos grupos de trabalho**

Art. 36. O NQ poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

Parágrafo único. Os grupos de trabalho serão compostos por pessoas de reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo coordenador do NQ e nomeados pela Superintendência.

Art. 37. Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NQ.

## **Capítulo X**

### **Das disposições finais**

Art. 38. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 39. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 40. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

## **Referências**

SILVA, A.M.B.S.; FARIAS, D.L.G.; VIEIRA, F.O.; SANTOS, V.M. Gestão da qualidade do serviço hospitalar em organizações privadas de saúde do estado do rio de janeiro: estudo de caso comparativo. In: VI CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO Energia, Inovação, Tecnologia e Complexidade para a Gestão Sustentável, 2010, Niterói, RJ. Resumos.... Rio de Janeiro, Brasil.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE QUALIDADE – PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade, 2006.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. O processo de acreditação. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.cbacred.org.br/front/vantagens.php>. Acesso em: 22 set. 2008.



**SUPERINTENDÊNCIA**

**PRORROGAÇÃO DE SINDICÂNCIA**

**Portaria n.º 47, de 25 de abril de 2016**

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23, de 26 de abril de 2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebsers -, e considerando:

- A Solicitação do Senhor Presidente da Comissão de Sindicância contida no Memorando n.º 46/2016/Comissão Sindicância - PAD/HC;

Resolve:

Art.1.º Prorrogar, por mais 30 (trinta) dias, a contar de 28/4/2016, o prazo para conclusão da Sindicância Administrativa, instaurada pela Portaria n.º 39, de 28 de março de 2016.

Art.2.º Estabelecer que esta Portaria entrará em vigor a partir de 28/4/2016.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende