

# Boletim de Serviço

Nº 164, 24 de outubro de 2018

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS – UFGD**

Rua Ivo Alves da Rocha, 558

Altos do Indaiá | CEP: 79823-501 | Dourados-MS |

Telefone: (67) 3410-3000 | Site: huufgd.ebserh.gov.br

**ROSSIELI SOARES DA SILVA**

Ministro de Estado da Educação

**KLEBER DE MELO MORAIS**

Presidente da EBSEH

**RICARDO DO CARMO FILHO**

Superintendente

**PAULO CÉSAR NUNES DA SILVA**

Gerente Administrativo

**JOSÉ FLÁVIO SETTE DE SOUZA**

Gerente de Atenção à Saúde

**RENATA MARONNA PRAÇA LONGHI**

Gerente de Ensino e Pesquisa

## SUMÁRIO

COLEGIADO EXECUTIVO .....	5
APROVAR.....	5
*RESOLUÇÃO N. 79, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018.....	5
RESOLUÇÃO N. 90, DE 16 DE OUTUBRO DE 2018 .....	9
RESOLUÇÃO N. 92, DE 19 DE OUTUBRO DE 2018 .....	13
RESOLUÇÃO N. 94, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018 .....	31
RESOLUÇÃO N. 95, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018 .....	35
RESOLUÇÃO N. 96, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018 .....	40
RESOLUÇÃO N. 97, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018 .....	44
ANEXO RESOLUÇÃO N. 97 - PLANO ANUAL DE TREINAMENTO	
RESOLUÇÃO N. 98, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018 .....	44
ANEXO RESOLUÇÃO N. 98 - ANEXO I - SOLICITAÇÃO	
ANEXO RESOLUÇÃO N. 98 - ANEXO II - LIMITES ATUALIZADOS	
ANEXO RESOLUÇÃO N. 98 - ANEXO III - PRESTAÇÃO DE CONTAS	
TRANSFERIR.....	53
RESOLUÇÃO N. 91, DE 17 DE OUTUBRO DE 2018 .....	53
RETIFICAR .....	53
RESOLUÇÃO N. 93, DE 17 DE OUTUBRO DE 2018 .....	53
HOMOLOGAR .....	58
RESOLUÇÃO N. 99, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018 .....	58
SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL .....	58
INSTITUIR E COMPOR.....	58
*PORTARIA N. 218, DE 31 DE JULHO DE 2018 .....	58
DESIGNAR.....	59
PORTARIA N. 312, DE 15 DE OUTUBRO DE 2018 .....	59
PORTARIA N. 317, DE 19 DE OUTUBRO DE 2018 .....	59
RECOMPOR.....	60
PORTARIA N. 313, DE 17 DE OUTUBRO DE 2018 .....	60
INSTITUIR E COMPOR.....	61
PORTARIA N. 314, DE 18 DE OUTUBRO DE 2018 .....	61
APROVAR.....	61
PORTARIA N. 315, DE 18 DE OUTUBRO DE 2018 .....	61

PRORROGAR.....	64
PORTARIA N. 316, DE 19 DE OUTUBRO DE 2018 .....	64
RECONDUZIR .....	64
PORTARIA N. 318, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018 .....	64
ESTABELEECER.....	65
PORTARIA N. 319, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018 .....	65
SUSPENDER .....	68
PORTARIA N. 320, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018 .....	68
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	69
APROVAR.....	69
PORTARIA N. 36, DE 18 DE OUTUBRO DE 2018 .....	69
CONSTITUIR E COMPOR .....	74
PORTARIA N. 37, DE 18 DE OUTUBRO DE 2018 .....	74
DESIGNAR.....	74
PORTARIA N. 38, DE 23 DE OUTUBRO DE 2018 .....	74

**COLEGIADO EXECUTIVO**

**APROVAR**

**\*RESOLUÇÃO N. 79, DE 17 DE SETEMBRO DE 2018**

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária realizada em 12/09/2018,

RESOLVE:

**Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão – POP – Administrativo, referente a Demandas de Entidades e Órgãos Públicos no HU-UFGD do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

**Ricardo do Carmo Filho**  
Presidente

*\*Resolução republicação por conter erro na original. BS n. 160, de 19 de setembro de 2018.*

<b>Procedimento Operacional</b>	<b>POP nº. 01/UAC</b>
<b>Padrão (POP) – ADMINISTRATIVO</b>	
<b>DEMANDAS DE ENTIDADES E ÓRGÃOS PÚBLICOS NO HU-UFGD</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: Unidade de Apoio Corporativo</b>	
<b>Elaborado por: Jakeline Cavalcante Barbosa Flores e Alisson Henrique do Prado Farinelli</b>	<b>Data de Criação: 05/04/2018</b>
<b>Revisado por: Jakeline Cavalcante Barbosa Flores</b>	<b>Data de Revisão: 15/05/2018</b>
<b>Aprovado por: Colegiado Executivo do HU-UFGD</b>	<b>Data de Aprovação: 12/09/2018</b>
<b>Responsável pelo POP: Jakeline Cavalcante Barbosa Flores</b>	

**OBJETIVO:** Descrever, organizar e operacionalizar a rotina das demandas de entidades e órgãos públicos recebidas no HU-UFGD.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** HU-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados; SEJUR – Setor Jurídico; SIG – Sistema de Informações Gerenciais; UAC – Unidade de Apoio Corporativo.

**DEFINIÇÕES:** São inquirições realizadas por diversas entidades e órgãos públicos, recebidas no HU-UFGD, oriundas do Poder Judiciário, Ministérios Públicos, Defensorias Públicas e Delegacias de Polícia, para que o HU-UFGD preste esclarecimento quanto aos assuntos questionados.

**RESPONSABILIDADES:** **1)** Unidade de Apoio Corporativo ficará encarregada de analisar os documentos, encaminhá-los aos responsáveis, acompanhar o processo e monitorar o cumprimento dos prazos. **2)** Setor Jurídico: ficará responsável por auxiliar a Superintendência na elaboração das minutas de resposta que envolvam conhecimento técnico-jurídico, mediante solicitação por despacho, instruída com os subsídios devidamente validados.

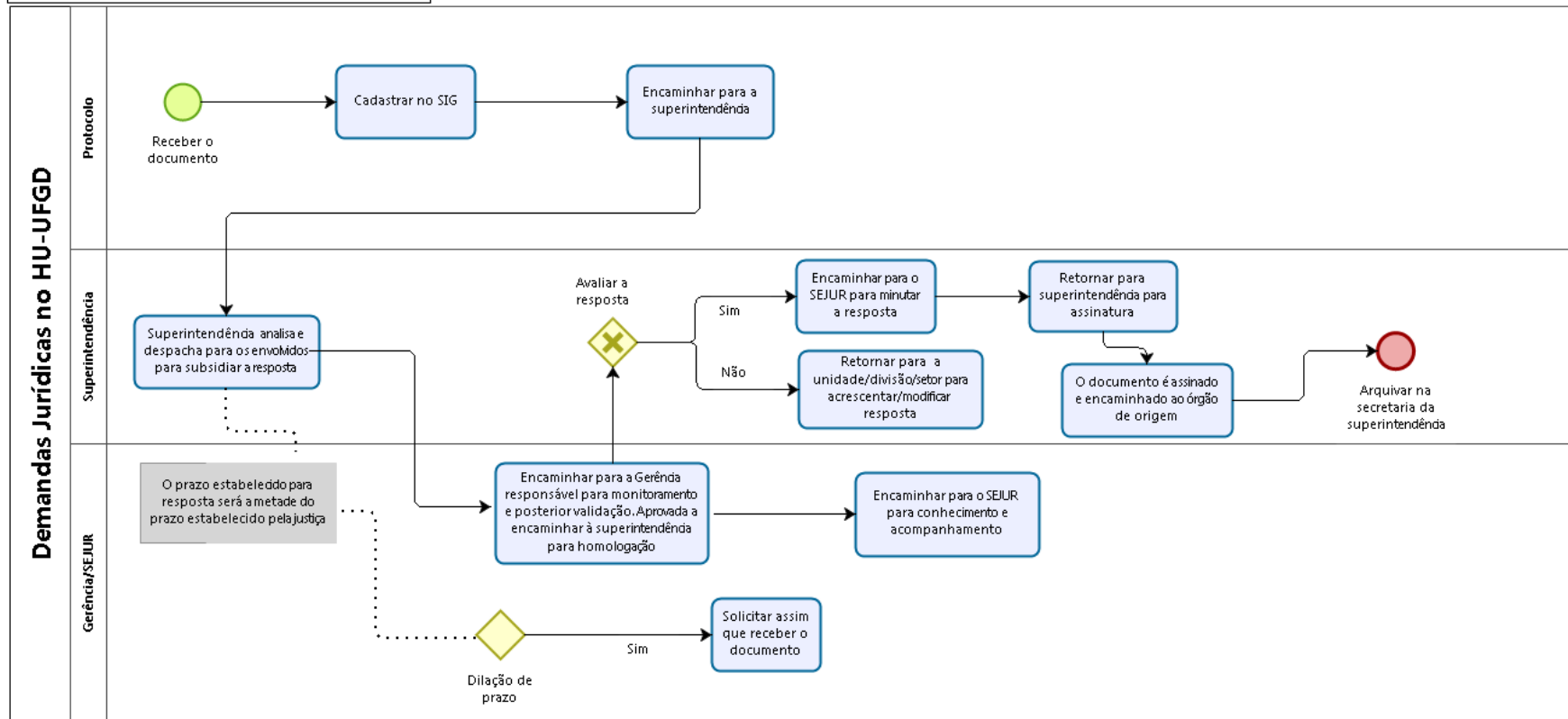
**ETAPAS DO PROCEDIMENTO:**

1. O protocolo receberá os documentos, cadastrará o mesmo no SIG e encaminhará à Superintendência para providências e encaminhamentos necessários. Essa etapa será cumprida no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, considerando os prazos de atendimento das demandas de entidades e órgãos externos.
2. A UAC analisará o documento, destacando o prazo dado para a resposta e encaminhará ao Superintendente que despachará à unidade, setor ou divisão, os quais deverão fornecer subsídios para a resposta;
3. O documento será encaminhado para a gerência responsável pela demanda, para levantamento de informações e monitoramento do prazo e posterior validação dos subsídios colhidos assim como da resposta elaborada por suas Unidades, Setores e Divisões vinculadas;
4. O Superintendente encaminhará cópia do documento ao SEJUR para conhecimento, acompanhamento e elaboração da resposta, mediante recebimento dos subsídios necessários;
5. O documento será encaminhado por e-mail para os envolvidos na resposta, visando agilidade e economicidade;
6. Caso haja necessidade de dilação de prazo, a solicitação deverá ser encaminhada à Secretaria da Superintendência, até o penúltimo dia do prazo estabelecido pelo órgão demandante;
7. As minutas de resposta deverão retornar à Superintendência por e-mail no formato word, bem como a cópia física, validada pelo gerente responsável pela demanda, sem prejuízo da tramitação via sistema de protocolo SIG;
8. Todos os documentos, inclusive os anexos que acompanham as manifestações, deverão ser anexados no SIG, respeitando-se, sempre, o protocolo inicialmente criado no sistema, quando da entrada da demanda no hospital;

9. O Superintendente analisará os subsídios prestados, podendo validá-los ou solicitar complementação às Gerências envolvidas. Caso esteja de acordo, o Superintendente poderá encaminhar toda a documentação ao SEJUR para elaboração de minuta de resposta;
10. O SEJUR encaminhará a minuta de resposta ao Superintendente para análise e assinatura;
11. O ofício de resposta será encaminhado ao órgão de origem do documento. Cumpre à UAC monitorar os atos necessários ao encaminhamento/protocolo do documento, resolvendo eventuais incidentes daí decorrentes;
12. O documento poderá ser encaminhado por e-mail, correios, motorista, protocolo virtual ou peticionamento eletrônico, a depender da exigência da entidade ou órgão requisitante.
13. A cópia do documento será arquivada no SIG e na secretaria da Superintendência.

**Demandas de Entidades e Órgãos Públicos no HU-UFG**

**Autor:** Unidade de Apoio Corporativo  
**Versão:** 1.0  
**Descrição:** Processo que descreve o fluxo de demandas jurídicas recebidas no HU-UFGD





**RESOLUÇÃO N. 90, DE 16 DE OUTUBRO DE 2018**

**O PRESIDENTE DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, resolve *ad referendum*:

**Aprovar** o Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, parte integrante desta resolução.

**Ricardo do Carmo Filho**

**Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários**

**CAPÍTULO I**

**Da Finalidade**

Art. 1º A Comissão de Revisão de Prontuários HU-UFGD, tem como finalidade a condução dos processos de avaliação dos aspectos éticos e legais, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002, que define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários.

Parágrafo único. A Comissão é designado por ato executivo da Superintendência, devendo atuar em estreita relação com as Comissões de Ética Médica e de Enfermagem e segundo as disposições deste Regimento, que por sua vez baseia-se, especialmente, na Resolução CFM nº 1.638/2002, nos atos do Conselho Federal de Medicina.

**CAPÍTULO II**

**Da Composição**

Art. 2º A Comissão será formada por, no mínimo, 06 (seis) membros indicados pelo Núcleo de Comissões Hospitalares e pela Superintendência e sendo assim distribuídos:

- I. 02 Representantes da maternidade;
- II. 01 Representante da pediatria;
- III. 01 Representante da neonatologia;
- IV. 01 Representante da clínica cirúrgica;
- V. 01 Representante da clínica médica

Art. 3º A Comissão deverá ser composta por enfermeiros e, no mínimo, 01 (um) médico.

Art. 4º O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos através de voto aberto e da maioria simples dos seus membros.

### **CAPITULO III**

#### **Do mandato**

Art. 5º Os membros da Comissão de Revisão de Prontuários terão mandatos de 2 (dois) anos, a contar da publicação de portaria em Boletim de Serviço do HU-UFGD, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 6º Os membros não terão dedicação exclusiva para exercerem as atividades na Comissão.

Art. 7º Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único. Em caso de saída de qualquer membro da Comissão, a sua substituição deverá ser na forma do caput do Art. 2º.

Art. 8º Os mandatos do Presidente e do Secretário também serão pelo período de 02 (dois) anos, podendo haver uma única recondução.

Parágrafo único. O Presidente e o Secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão e, de acordo com a Resolução CFM Nº 1638 de 10/07/2002, o primeiro deve ser um médico.

### **CAPÍTULO IV**

#### **Do funcionamento**

Art. 9º A Comissão reunir-se-á, mensalmente, em dias úteis, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1º O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela Comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o *quórum* em cada sessão antes de cada votação.

§ 3º As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência e, após aprovação, publicadas no Boletim de Serviço do HU-UFGD.

§ 4º É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 5º A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

Art. 10. A rotina das reuniões da Comissão será a seguinte:

- I. Verificação de presença e existência de *quórum*;
- II. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
- III. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
- IV. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;

- V. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Encerramento da reunião.

Art. 11. Quando uma reunião não puder ser concluída na sessão em andamento, ao encerrar a sessão a presidência deve fixar a data e horário para a sessão subsequente.

Art. 12. As decisões da Comissão, quando necessárias, serão tomadas por maioria simples de votos, cabendo à Presidência o voto de qualidade no caso de empate.

Art. 13. De cada reunião deve ser lavrada Ata sucinta, que deve ser subscrita pelo secretário e assinada por todos.

## **CAPÍTULO V**

### **Das Competências**

Art. 14. Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número de registros dos conselhos de toda a equipe multiprofissional;

e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade;

III. Detectar e avaliar as falhas de preenchimento;

IV. A continuidade das falhas poderá resultar em convocação do responsável e devendo ser tomadas as providências cabíveis;

V. Havendo necessidade, a Comissão deve programar cursos de reciclagem junto à Comissão de Educação Permanente.

Art. 15. São atribuições do Presidente:

- I. Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades;
- II. Encaminhar à Superintendência, para homologação, as propostas de atividades aprovadas pela Comissão;
- III. Encaminhar mensalmente às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem os resultados das avaliações dos prontuários;
- IV. Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão;
- V. Divulgar os critérios a serem utilizados para as avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da Instituição, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação da Comissão de Ética Médica;
- VI. Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 16. São atribuições do Secretário:

- I. Assistir às reuniões;
- II. Verificar a presença do Presidente e substituí-lo em sua ausência ou impedimentos;
- III. Preparar e encaminhar o expediente;
- IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;
- V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- VI. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VII. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;
- VIII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- IX. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

Parágrafo único. Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Art. 17. São atribuições de cada membro da Comissão:

- I. Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado;
- II. Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente;
- III. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas para auditoria, organização e revisão dos prontuários;
- IV. Zelar pelo sigilo ético das informações;
- V. Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado pelas Comissões de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado;
- VI. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;
- VII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

VIII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

## **CAPÍTULO VI**

### **Das Disposições Gerais**

Art. 18. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão, a equipe de governança do HU-UFGD proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 19. A Comissão de Revisão de Prontuários, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 20. Os casos omissos serão resolvidos pela própria Comissão em cotejo com a Superintendência e ciência das respectivas Comissões de Ética.

Art. 21. Este regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço do HU-UFGD.

### **RESOLUÇÃO N. 92, DE 19 DE OUTUBRO DE 2018**

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária, realizada em 19/10/2018, resolve:

**Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão – POP – Administrativo, referente a OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

**Ricardo do Carmo Filho**

Presidente

<b>Procedimento Operacional</b> <b>Padrão (POP) – ADMINISTRATIVO</b>	<b>POP nº. 01/SOST</b>
<b>OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO</b>	Versão: 3.0
<b>Unidade organizacional: Divisão de Gestão de Pessoas</b>	
<b>Elaborado por: Vanderlei Gandine Ramos</b>	<b>Data de Criação: 23/09/2015</b>
<b>Revisado por: Vanderlei Gandine Ramos, Patrick da Silva Gutierrez e Indonésio Calegari</b>	<b>Data de Revisão: 25/09/2018</b>

<b>Aprovado por: Colegiado Executivo do HU-UFGD</b>	<b>Data de Aprovação: 19/10/2018</b>
<b>Responsável pelo POP: Danielly Vieira Capoano</b>	

**OBJETIVO:** Definir os procedimentos a serem adotados quando da ocorrência de acidentes de trabalho com colaboradores da filial HU-UFGD, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** 3TC – Lamivudina; ATV/r – Atazanavir/Ritonavir; B.O. – Boletim de Ocorrência; CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho; CATSP – Comunicação de Acidente de Trabalho no Serviço Público Federal; CLT – Consolidação das Leis do Trabalho; CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; DIU – Dispositivo Intrauterino; DTG – Dolutegravir; EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana; HU-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados; PAC – Pronto Atendimento Clínico; RAI – Raltegravir; RIAT – Relatório de Investigação de Acidentes de Trabalho; PEP – Profilaxia Pós-Exposição; SAE – Serviço de Atendimento Especializado; SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SIGP – Sistema de Gestão de Pessoas; SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SF – Soro Fisiológico; SOST – Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho; SUS – Sistema Único de Saúde; TDF – Tenofovir; UREG – Unidade de Regulação Assistencial.

**DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA:**

Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de Maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT);

Decreto 3.048, de 06 de maio de 1999;

Lei nº. 8.213 de 24 de julho de 1991;

Lei nº 6.514/77 – Portaria nº 3.214/78 – Norma Regulamentadora 32;

Manual de implementação do Programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde – Ministério do Trabalho e Emprego – FUNDACENTRO – 2010;

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV.

Diário Oficial da União, Brasília – DF, 23 de Jul de 2015;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Exposição a materiais biológicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 72 p.

**DEFINIÇÕES:**

1. Acidente de Trabalho de Trajeto: é o acidente ocorrido no deslocamento residência/trabalho/residência, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do colaborador, desde que não haja interrupção ou alteração de percurso por motivo alheio ao trabalho.

2. Acidente de Trabalho Típico: é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço da empresa, que provoque lesão corporal ou perturbação funcional ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho ou, em último caso, a morte. Acidente sofrido pelo colaborador no exercício do trabalho, excetuando-se os casos de trajeto.
3. Acidente de Trabalho Típico com Material Biológico: caracteriza-se por contato acidental do profissional com material contaminante (sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico ou amniótico) em pele não-integra (lesão prévia ou lesão durante o acidente cortante, perfurante ou perfurocortante) ou mucosa (mesmo íntegra; olho e/ou boca).
4. Anti-HBC: é o anticorpo produzido contra o corion (proteína presente no interior do núcleo do vírus da hepatite B), ele irá ajudar no combate ao vírus. Este anticorpo está presente durante a infecção e permanecerá em caso de recuperação da doença. Pessoas com este anticorpo tem a doença ou tiveram contato com o vírus da hepatite B;
5. Anti-HBS: é o anticorpo produzido em nosso organismo para combater o antígeno (HBsAg). Está normalmente presente em pessoas que se recuperaram ou que foram vacinadas contra a hepatite B. As pessoas com esta proteína (anticorpo) geralmente são imunes à hepatite B;
6. Anti-HCV: é o marcador de triagem para a hepatite C. Indica contato prévio com o vírus, aparece de 4 a 32 semanas após o início da doença (em média, 15 semanas) ou de 10 a 30 semanas após a transfusão (em média, 22 semanas). Possui longo período de "janela imunológica" de até 6 meses entre infecção e soroconversão;
7. Boletim de Ocorrência: conhecido pela sigla "B.O.", é o documento utilizado pelos órgãos da Polícia Civil, Polícia Federal e pelas Polícias Militares, além dos Bombeiros e da Guarda Municipal para fazer geralmente o registro da notícia do crime (notitia criminis) no Brasil;
8. Colaborador: ocupantes de cargos em comissão, empregados públicos do quadro efetivo da empresa e servidores cedidos à empresa;
9. Doença Ocupacional:
  - 9.1 Doença Profissional: doença produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;
  - 9.2 Doença do Trabalho: doença adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;
10. Empregadora: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, criada em 2011 pela Lei n.º 12.550 com a finalidade de administrar os Hospitais Universitários Federais;
11. Exposição percutânea: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e/ou cortantes (ex.: agulhas, bisturis, vidrarias);
12. Exposições em mucosas: respingos em olhos, nariz, boca e genitália;

13. Exposições em pele não-íntegra: contato com a pele na presença de dermatites, feridas abertas, mordeduras ou lesões que exponham a epiderme;

14. Fluídos biológicos de risco para transmissão do HIV: sangue ou líquido orgânico contendo sangue visível e líquidos orgânicos potencialmente infectantes;

15. Fonte Multiexperimentada: pessoa fonte com exposição prévia a diversos esquemas antirretrovirais e/ou como evidências de falha virológica (carga viral detectável após seis meses de início ou troca de antirretroviral) podem indicar a presença de cepas virais resistentes. Assim, quando a pessoa fonte está em falha virológica, uma avaliação criteriosa deve ser feita por médicos experientes no manejo de casos de resistência viral, para indicação do esquema de PEP;

16. HbsAg: é o antígeno de superfície do vírus, ou seja, é a proteína que está na superfície do vírus da hepatite B. Aparece no sangue de 1 a 10 semanas após a exposição ao vírus, antes do aparecimento dos sintomas da infecção. Em pessoas que se recuperam da doença este antígeno desaparece após 4 a 6 meses e nas pessoas que desenvolvem a hepatite crônica este antígeno permanecerá;

17. HIV: é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana;

18. Janela Imunológica: é o intervalo de tempo decorrido entre a infecção até a primeira detecção de anticorpos produzidos pelo **sistema de defesa** do organismo;

19. Materiais biológicos considerados potencialmente não-infectantes: fezes, secreção nasal, saliva, escarro, suor, lágrima, urina e vômitos, exceto se tiverem sangue visível;

20. Materiais perfurocortantes: são aqueles utilizados na assistência à saúde que têm ponta ou gume, ou que possam perfurar ou cortar, tais como seringas, agulhas, escalpes, ampolas, entre outros;

21. Mordeduras humanas: consideradas como exposição de risco quando envolverem a presença de sangue, devendo ser avaliadas tanto para o indivíduo que provocou a lesão quanto àquele que tenha sido exposto;

22. Serviços de Referência: unidade de assistência médica em que o colaborador deverá ser encaminhado conforme avaliação;

23. Tétano: é uma infecção aguda e grave, causada pela toxina do bacilo tetânico (*Clostridium tetani*), que entra no organismo através de ferimentos ou lesões de pele;

24. VDRL: que significa Venereal Disease Research Laboratory, é um exame de sangue que serve para diagnosticar a sífilis, ou lues, que é uma doença sexualmente transmissível. Além disso, este exame também pode ser solicitado para acompanhar a doença em quem já tem sífilis.

#### **RESPONSABILIDADES:**

1. Da Empregadora: a) aprovar e garantir a implementação do POP, bem como zelar pela sua eficácia; b) garantir recursos para sua execução, sem onerar o empregado em nenhum procedimento; c) demais responsabilidades atribuídas na legislação trabalhista.

2. Do Médico Examinador: a) examinar o colaborador e registrar em prontuário próprio a avaliação realizada; b) solicitar exames descritos no POP; c) acompanhar o caso até o seu desfecho.



3. Da Segurança do Trabalho: a) preencher a RIAT e posteriormente a CAT; b) investigar as causas do acidente; c) em parceria com a Medicina e Enfermagem do Trabalho orientar aos colaboradores a respeito das normas de saúde e segurança do trabalho, estimulando-os em favor da prevenção de acidentes.

4. Da Enfermagem do Trabalho: a) monitorar a realização dos exames solicitados em todos os momentos, bem como, convocar os colaboradores para a realização dos mesmos; b) em parceria com a Segurança do Trabalho, orientar aos colaboradores a respeito das Normas de Saúde e Segurança do Trabalho, estimulando-os, em favor da prevenção de acidentes.

5. Dos Colaboradores: a) comunicar a SOST o mais breve possível quando da ocorrência de acidente de trabalho; b) colaborar com a execução do POP, constituindo-se ato faltoso a recusa injustificada de procedimentos; c) submeter-se aos exames médicos solicitados.

6. Das Chefias Imediatas: a) ter conhecimento dos fluxogramas de acidente de trabalho; b) adotar as providências necessárias para o atendimento médico do(a) colaborador(a) acidentado(a).

#### **ETAPAS DO PROCEDIMENTO:**

##### **1. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO**

Na ocorrência de acidente de trabalho típico, nas dependências do HU-UFGD, o(a) colaborador(a) acidentado(a) ou qualquer colaborador(a) que testemunhe o acidente deverá comunicar à chefia imediata, para as devidas providências, conforme estabelecido no Fluxo de Acidente Típico.

É de responsabilidade da chefia imediata encaminhar o(a) colaborador(a) para abertura de prontuário médico na recepção de internação do HU-UFGD, bem como, o encaminhamento para atendimento médico no Pronto Atendimento Clínico ou Unidade de Regulação Assistencial.

Se o acidente de trabalho típico ocorrer fora das dependências do HU-UFGD e o(a) colaborador(a) acidentado(a) necessitar de atendimento médico-hospitalar, deverá ser acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU do Sistema Único de Saúde – SUS telefone 192, ou o Corpo de Bombeiros, telefone 193.

Após o atendimento médico-hospitalar, o(a) colaborador(a) acidentado(a), sua chefia imediata ou qualquer colaborador(a) que testemunhe o acidente deverá comunicar o fato à SOST até o primeiro dia útil após o ocorrido.

Se na ocorrência do acidente de trabalho típico o(a) colaborador(a) tiver sido exposto a sangue e outros fluidos biológicos deverão ser seguidos os procedimentos estabelecidos no Fluxo de Acidente com Material Biológico.

A equipe de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho conduzirá o caso até o seu desfecho.

##### **2. DOENÇA OCUPACIONAL**

As investigações de doença ocupacional serão realizadas pelo serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho sempre que houver suspeita denexo causal seja pelo empregado, seja pelo INSS, seja pela sua chefia ou pelo próprio médico do trabalho.

Todo empregado suspeito de doença ocupacional deverá informar imediatamente à SOST para fins de investigação e registro.

O médico do trabalho deverá realizar anamnese e exame clínico do paciente além de solicitação de parecer do especialista e realização de exames complementares conforme a necessidade.

Deverá ser realizada obrigatoriamente visita ao posto de trabalho para avaliação das condições de trabalho e das atividades realizadas e, quando necessária, entrevista com a chefia ou colegas para fins de estabelecimento denexo causal.

Ficando comprovado o nexocausal, o SOST realizará abertura da CAT devendo permanecer uma via em anexo ao prontuário e outra entregue ao colaborador mediante recibo.

Durante a investigação clínica, caso o Médico do Trabalho ou Médico Assistente verifique presença de impossibilidade temporária para o exercício das funções do cargo por motivo de doença ou acidente que tenha relação com o exercício de suas funções, o mesmo deverá afastar o empregado por meio de atestado médico e, caso a incapacidade ultrapasse 15 dias de afastamento, o empregado será encaminhado ao INSS, devendo agendar a perícia ou procurar a SOST para realizar o agendamento no órgão para fins de recebimento de auxílio previdenciário.

Todo empregado afastado por doença ocupacional deverá realizar exame de retorno ao trabalho antes de retornar as atividades independentemente do número de dias afastados.

### **3. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO COM MATERIAL BIOLÓGICO**

Na ocorrência de acidente de trabalho típico com material biológico, deverão ser seguidos os procedimentos estabelecidos no Fluxo de Acidente com Material Biológico.

Imediatamente após a ocorrência do acidente, deverão ser adotados os cuidados com a área exposta, limpando o local com água e sabão e, em caso de acidente com membranas e mucosas, lavar com água limpa ou soro fisiológico.

É de responsabilidade da chefia imediata encaminhar o(a) colaborador(a) para abertura de prontuário médico na recepção de internação do HU-UFGD, bem como, o encaminhamento para atendimento médico com plantonista no PAC ou UREG.

Durante a avaliação inicial o médico responsável pelo atendimento deverá avaliar o tipo de exposição. Os acidentes mais graves são aqueles que envolvem maior volume de sangue (lesões profundas provocadas por material perfurocortante, presença de sangue visível no instrumento, acidentes com agulhas previamente utilizadas na veia ou artéria do paciente-fonte e acidentes com agulhas de grosso calibre) e maior inóculo viral (paciente-fonte com infecção pelo HIV/AIDS em estágios avançados da doença ou com infecção aguda pelo HIV).

Deverá ser levado em consideração o conhecimento da fonte: a) fonte comprovadamente infectada; b) fonte exposta à situação de risco; c) fonte desconhecida, material biológico sem origem estabelecida.

Em caso de acidente com perfurocortante será necessário coletar amostra de sangue para realização de exames sorológicos do(a) colaborador(a) acidentado(a) e do paciente (quando conhecido) que

estava sendo atendido. Os mesmos devem aguardar a coleta do material para a realização dos exames. Além disso, outros fatores deverão ser avaliados para os casos onde seja necessário avaliar a indicação de profilaxia pós-exposição ao HIV tais como: a) o tipo de material biológico envolvido; b) o tipo de exposição; c) o tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento; d) a condição sorológica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte.

Em relação ao tipo de material biológico, considerar a seguinte classificação:

Materiais biológicos com risco de transmissão: a) sangue e outros materiais contendo sangue (alto risco); b) sêmen (alto risco); c) fluidos vaginais (alto risco); d) líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquido e líquido articular (potencialmente infectados).

Materiais biológicos sem risco de transmissão do HIV: a) suor; b) lágrima; c) fezes; d) urina; e) vômitos; f) secreções nasais; g) saliva (exceto em ambientes odontológicos). Todavia, a presença de sangue nesses líquidos torna esses materiais potencialmente infectantes, exposições nas quais o uso de PEP pode ser indicado.

Ao solicitar a coleta de exame, deve ser referenciado no pedido que se trata de acidente de trabalho e obrigatoriamente ser cadastrado na SOST, a fim de facilitar a identificação do(a) colaborador(a) acidentado(a) para acompanhamento do período de janela imunológica.

Caso paciente fonte não autorize a realização dos exames, deve ser considerado com fonte altamente infectada e seguir fluxo paciente desconhecido.

O(a) colaborador(a) acidentado(a) deverá realizar exames sorológicos e entregar o resultado à Enfermagem do Trabalho que encaminhará para avaliação com o Médico do Trabalho para registro em prontuário independente se reagente ou não-reagente. Havendo recusa do(a) colaborador(a) acidentado(a) em realizar a rotina sorológica proposta pela empresa, o mesmo deve estar ciente do fato e assinar termo de compromisso o qual ficará arquivado na SOST.

Deverão ser realizados os seguintes exames sorológicos:

	Momento do acidente	2 semanas	4 semanas	3 meses	6 meses
HBsAg	X				X
Anti-HBs	X				X
Anti-HBc	X				X
Anti-HIV	X		X	X	X
Anti-HCV	X		X	X	X
TGO/TGP; Uréia e Creatinina; Hemograma	X*	X*	X		X
VDRL	X		X	X	

\*Quando houver indicação de Profilaxia Pós-Exposição

Em caso de resultados sorológicos reagentes, o(a) colaborador(a) acidentado(a) será encaminhado ao serviço de referência para tratamento/acompanhamento.

De maneira geral, não é necessário que os profissionais acidentados sejam afastados das atividades assistenciais nos serviços de saúde durante a profilaxia. No entanto, cada caso deverá ser avaliado individualmente para que o trabalhador seja orientado quanto a cuidados na realização de procedimentos que realizam habitualmente e eventual necessidade ou não de mudanças nas práticas de trabalho.

O profissional responsável deverá preencher o Relatório de Investigação de Acidentes de Trabalho – RIAT que posteriormente será utilizado para emissão da CAT;

Em todos acidentes de trabalho deverá ser emitida ficha de notificação do SINAN, que será encaminhada ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST para comunicação à Secretaria de Saúde do Município, com prazo de notificação semanal conforme previsto na Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014, anexo.

**Os medicamentos necessários para os 3 (três) primeiros dias podem ser retirados na farmácia de dispensação do HU-UFGD mediante prescrição do médico plantonista do PAC ou UREG, e o restante devem ser retirados no SAE** (preencher formulário de dispensação de medicamentos antirretrovirais acidente ocupacional) localizado no endereço: Rua dos Missionários Nº 420, localizado entre as Av. Marcelino Pires e Joaquim Teixeira Alves, (referência: virando à direita no Auto Posto Tambory) – Tel: (67) 3423-9150.

**Gestantes:** Para mulheres gestantes, o esquema preferencial deve ser composto com RAL a partir da 14ª semana de gestação. Os critérios para indicação de PEP para essa população são os mesmos aplicados a qualquer outra pessoa que tenha sido exposta ao HIV. Esquema preferencial: TDF 300mg (Tenofovir) + 3TC 300mg (lamivudina) + RAL 400mg (raltegravir). As mulheres que estejam amamentando devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão do HIV pelo leite materno. Em tais situações, deve-se orientá-las no sentido da interrupção temporária da amamentação. Durante o período de janela imunológica, pode-se realizar extração e descarte do leite. Exame de controle (12ª semana após início da PEP) com resultado HIV não reagente autoriza a reintrodução do aleitamento materno.

**As mulheres devem ser informadas quanto à contraindicação do uso de DTG (dolutegravir) no período pré-concepção pelo risco de malformação congênita.** O DTG pode ser indicado como parte da PEP para mulheres em idade fértil desde que antes do início do seu uso seja descartada a possibilidade de gravidez e que a mulher esteja em uso regular de método contraceptivo eficaz, preferencialmente os que não dependam da adesão (DIU ou implantes anticoncepcionais), ou que se assegure que a mulher não tenha a possibilidade de engravidar (método contraceptivo definitivo ou outra condição biológica que impeça a ocorrência de gestação).

O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina, carbamazepina, dofetilida e pilsicainida. Nesses casos, o ATV/r é a medicação alternativa. (Consultar infectologista)

O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção a pacientes diabéticos.

#### 4. ACIDENTE DE TRABALHO DE TRAJETO

Na ocorrência de acidente de trabalho de trajeto, se o(a) colaborador(a) acidentado(a) necessitar de atendimento médico-hospitalar, deverá ser acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU do Sistema Único de Saúde – SUS, telefone 192, ou o Corpo de Bombeiros, telefone 193.

O(a) colaborador(a) acidentado(a) deverá comunicar o fato à SOST no primeiro dia útil após o ocorrido, com a cópia do boletim de ocorrência Policial e/ou Corpo de Bombeiros.

#### 5. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS (ACIDENTE OCUPACIONAL)

##### 5.1. COMPOSIÇÃO DOS KITS:

- a) **KIT PARA ACIDENTE OCUPACIONAL** (Antirretrovirais): Tenofovir (TDF) (1 cp ao dia por 03 dias), Lamivudina (3TC) (1 cp ao dia por 03 dias), Dolutegravir (DTG) (1 cp ao dia por 03 dias)\*\*\*.

\*\*\*O restante dos medicamentos para completar os 28 dias de tratamento deverá ser retirado pelo paciente (funcionário) no SAE (Rua dos Missionários nº420, Jd. Caramuru. Tel.: 3423-9150 – horário funcionamento da farmácia do SAE 07:00 – 12:00h – farmacêutica Gláucia). O paciente (funcionário) deve levar o formulário preenchido, a receita médica E A NOTIFICAÇÃO DO SINAN.

##### 5.2. MÉTODO DE DISPENSAÇÃO DOS KITS:

Para dispensação dos kits é **OBRIGATÓRIA** a retenção pela Farmácia do **RECEITUÁRIO MÉDICO SIMPLES** juntamente com o **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS (profilaxia)**.

##### 5.3. QUEM PODE PRESCREVER?

Médico Assistente ou Médico Residente.

##### 5.4. DIFERENÇA ENTRE OS FORMULÁRIOS DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- a) **PROFILAXIA**: Este formulário deverá ser preenchido sempre que for necessário o tratamento profilático (Kit Maternidade, Kit pós Violência Sexual Adulto, Kit pós Violência Infantil, Kit Acidente Ocupacional);
- b) **TRATAMENTO**: Será utilizado SEMPRE que houver o início ou mudança de tratamento antirretroviral.

##### 5.5. O QUE DEVE CONTER NA PRESCRIÇÃO (NO MÍNIMO)?

a) **Receituário Médico Simples:**

- ❖ Deverá conter o nome do paciente;
- ❖ O nome do kit a ser dispensado;
- ❖ A data da solicitação;
- ❖ O carimbo com CRM e assinatura do médico prescriptor.

b) **Formulário de Solicitação de Medicamentos:**

- ❖ Nome do usuário;
- ❖ Nº de Prontuário;
- ❖ Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta;
- ❖ Sexo;

- ❖ Data da exposição;
- ❖ Circunstância de exposição;
- ❖ Nº de dias para dispensa;
- ❖ Esquema para tratamento (Preferencial ou alternativo);
- ❖ O carimbo com CRM e assinatura do médico prescritor.

#### **5.6. ONDE CONSIGO O FORMULÁRIO PARA PREENCHIMENTO?**

A obtenção e o preenchimento do Formulário são de responsabilidade da equipe assistencial, logo o caminho para acesso está descrito abaixo:

Formulário para Dispensação de Medicamentos Antirretrovirais (Acidente Ocupacional), disponível em: <Rede\Pasta setores\Unid Vig Saúde\CCIH\Ficha de Solicitação Antirretroviral>.

#### **6. ORIENTAÇÕES GERAIS**

As exposições ocupacionais a materiais biológicos potencialmente contaminados são um sério risco aos profissionais em seus locais de trabalho.

Os ferimentos com agulhas e material perfurocortante, em geral, são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir patógenos diversos, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B e o da hepatite C, os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

O risco ocupacional após exposições a materiais biológicos é variável e depende do tipo de acidente e de outros fatores, como gravidade, tamanho da lesão, presença e volume de sangue envolvido, além das condições clínicas do paciente-fonte e uso correto da profilaxia pós-exposição.

O risco de infecção por HIV pós-exposição ocupacional com sangue contaminado é de aproximadamente 0,3%. No caso de exposição ocupacional ao vírus da hepatite B, o risco de infecção varia de 6 a 30%, dependendo do estado do paciente fonte, entre outros fatores. Quanto ao vírus da hepatite C, o risco de transmissão ocupacional após um acidente percutâneo com paciente-fonte HCV positivo é de aproximadamente 1,8 a 10%.

As pessoas que tenham sofrido mordeduras, lesões ou cortes devem ser avaliadas quanto à necessidade de imunização para Tétano.

Apesar de serem regimes jurídicos diferenciados que regem a categoria dos trabalhadores públicos e privados em ambas as codificações, há a necessidade de ser feita a comunicação do acidente de trabalho, sendo que, para a legislação privada essa comunicação deverá ser feita em até 24h por meio de formulário denominado CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho.

O Regime Jurídico Único (RJU) dos funcionários da União, Lei no 8.112/90, regula o acidente de trabalho nos artigos 211 a 214, sendo que o fato classificado como acidente de trabalho deverá ser comunicado até 10 (dez) dias após o ocorrido.

Quando da ocorrência de acidente de trabalho típico com material biológico, a comunicação à chefia imediata e o início dos procedimentos necessários devem ser imediatos, em decorrência da

necessidade de iniciar profilaxia com antirretrovirais em tempo não superior a 72 horas após o acidente, preferencialmente até 2 horas após o ocorrido.

Nos casos de acidentes de trabalho com material biológico e graves (mutilação ou óbito) deverá ser preenchida ficha de notificação do SINAN que será encaminhada ao CEREST, para que as informações sejam inseridas no sistema.

Na ocorrência de licenças médicas para tratamento de saúde, os períodos de afastamento devem ser cadastrados, pela equipe de Saúde Ocupacional, no Sistema de Gestão de Pessoas – SIGP.

Em todos os acidentes de trabalho, a equipe de Segurança do Trabalho deverá realizar a coleta de dados para investigação das causas do acidente ocorrido e preencher o Relatório de Investigação de Acidentes de Trabalho – RIAT.

Se o(a) colaborador(a) acidentado(a) for servidor público cedido à empresa, o RIAT deverá ser encaminhado para o órgão de origem, para que os mesmos possam registrar a CATSP.

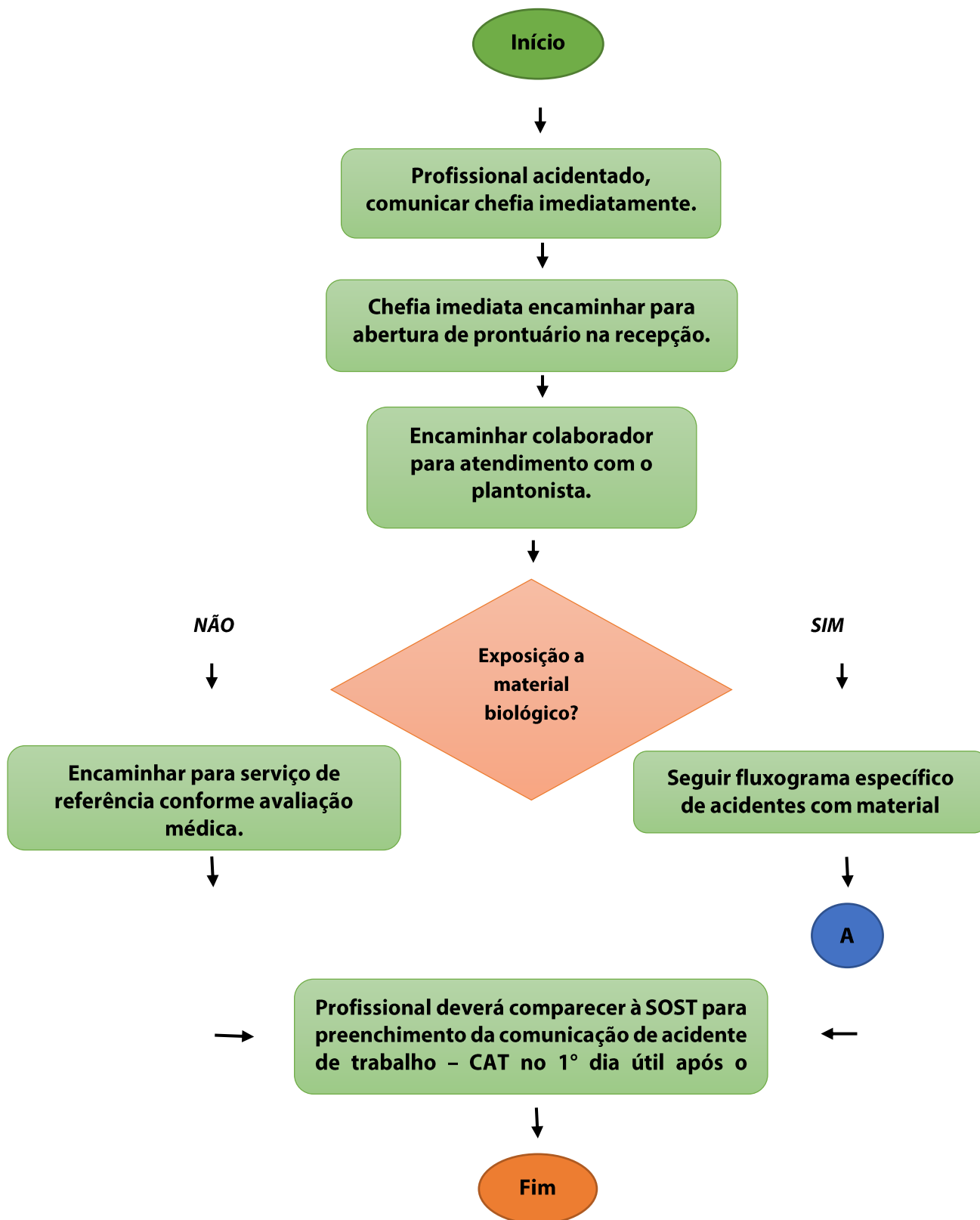
Se o(a) colaborador(a) acidentado(a) for ocupante de cargo em comissão ou empregado público do quadro efetivo da empresa, a equipe de Segurança do Trabalho deverá realizar o registro da CAT online.

A CAT ou CATSP deverá ser emitida com ou sem afastamento para tratamento da saúde, desde que seja comprovado o acidente.

A CAT ou CATSP deverá ser emitida em duas vias, devendo uma via ser arquivada no prontuário médico do(a) colaborador(a) e a outra entregue ao colaborador(a) acidentado(a).

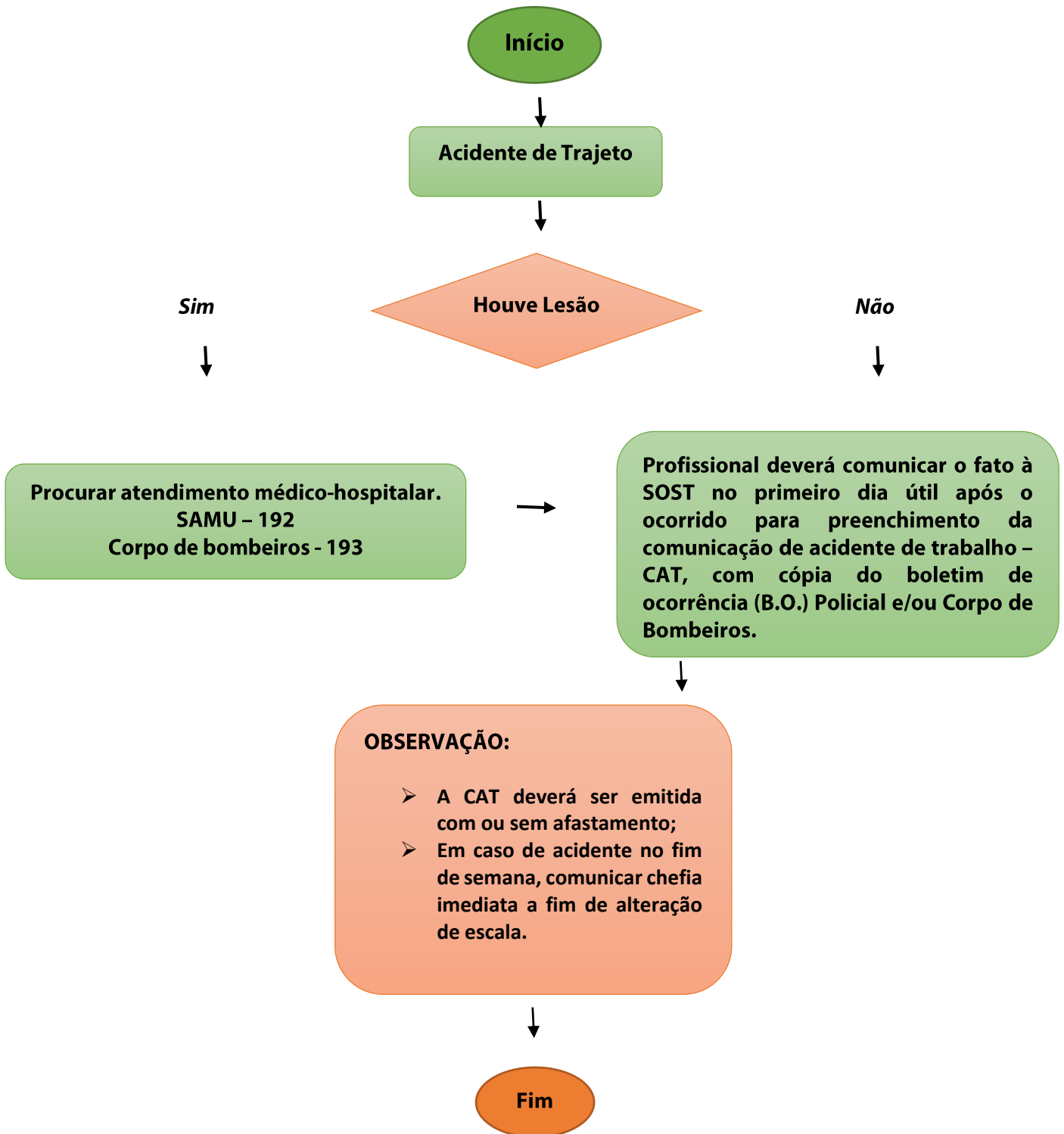
Com o objetivo de prevenir a reincidência de acidentes de trabalho semelhantes, a equipe de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho deverá ministrar novo treinamento acerca das normas de saúde e segurança no trabalho no ambiente de trabalho do(a) colaborador(a) acidentado(a), em todos os turnos de trabalho.

### FLUXOGRAMA ACIDENTE TÍPICO:



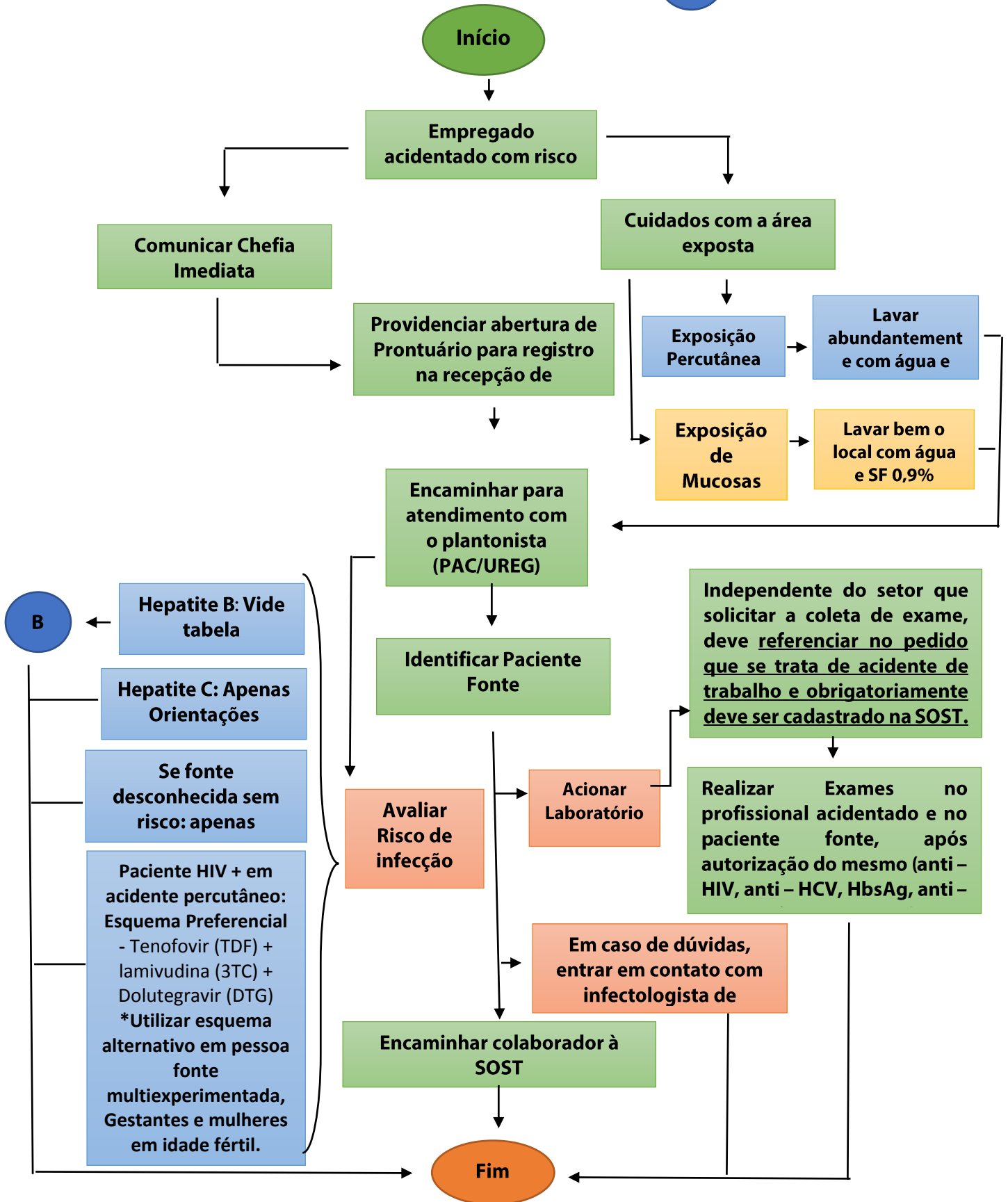


### FLUXOGRAMA ACIDENTE DE TRAJETO:

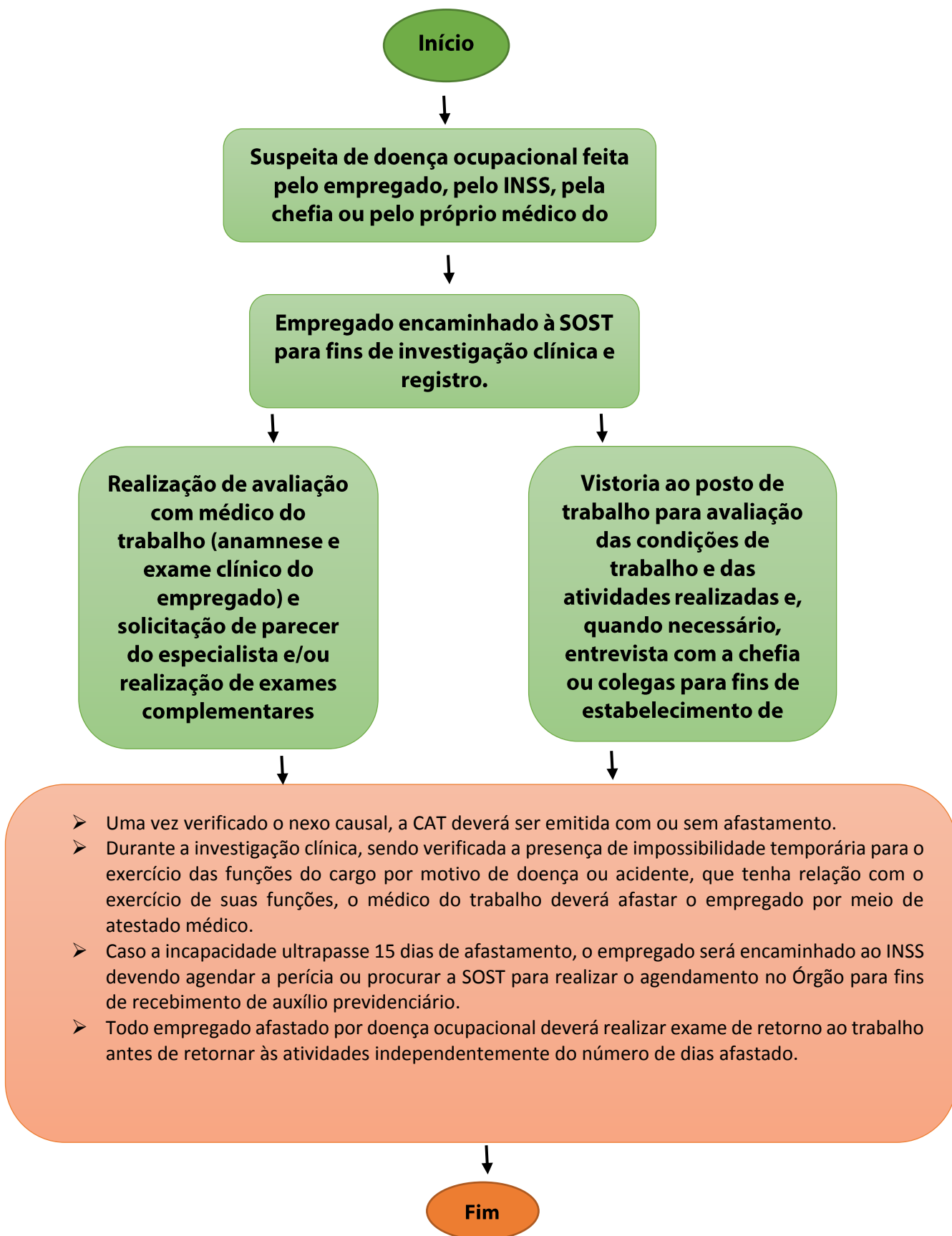


FLUXOGRAMA ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO: A

A



## FLUXOGRAMA DOENÇA OCUPACIONAL:



**TABELA HEPATITE B:****B**

Situação vacinal e sorológica do profissional de saúde exposto	Paciente-Fonte		
	HBs Ag+ ou HBs Ag – e Anti HBc Total +	HBs Ag -	HBs Ag desconhecido ou não testado
<b>Não-Vacinado</b>	IGHAHB* - 1 dose e iniciar esquema de vacinação para hepatite B	Iniciar vacinação para hepatite B	Iniciar vacinação para hepatite B. Indicar IGHAB dependendo do risco do acidente
<b>Com vacinação incompleta</b>	IGHAB + completar vacinação	Completar Vacinação	Completar Vacinação <sup>1</sup>
<b>Previamente vacinado Responder** Com resposta vacinal conhecida e adequada</b>	Nenhum tratamento	Nenhum tratamento	Nenhum tratamento
<b>Não respondedor. Sem resposta vacinal após a 1ª série (três doses)</b>	IGHAB 2 doses**** ou IGHAB 1 dose e iniciar revacinação	Completar 2º esquema de vacinação	Dependendo do risco do acidente, tratar como se fosse HBs Ag (+)
<b>Não respondedor. Sem resposta vacinal após a 2ª série (seis doses)</b>	IGHAB duas doses e/ou vacina hiperantigênica****	Nenhum tratamento	IGHAB duas doses e/ou vacina hiperantigênica****
<b>Nível de anticorpos desconhecido</b>	Testar a pessoa exposta para Anti-HBs:  Se adequada**, nenhum tratamento;  Se inadequada, ***IGHAB uma dose e vacinação de reforço	Testar a pessoa exposta para Anti-HBs:  Se adequada**, nenhum tratamento;  Se inadequada, *** Iniciar revacinação	Testar a pessoa exposta para Anti-HBs:  Se adequada**, nenhum tratamento;  Se inadequada, *** Iniciar revacinação

Fonte: Brasil (2011)

HBs Ag, antígeno de superfície da hepatite B; IGHAB, imunoglobulina para hepatite B; Anti-HBs, anticorpos para o antígeno de superfície;

\*Dose de IGHAB: 0,06/Kg IM.

\*\*Respondedor é definido como a pessoa que tem nível adequado de anticorpos ANTI -HBs ( $\geq 10$  UI/L).

\*\*\*Vacinação inadequada é definida como Anti-HBs  $< 10$  UI/L.

\*\*\*\*IGHAHB duas doses quando já foram realizados dois esquemas de vacinação completas, sem imunização.

\*\*\*\*\*Vacina Hiperantigênica se disponível.

- Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina deverão ser aplicadas dentro do período de sete dias após o acidente, mas, idealmente, nas primeiras 24 horas após o acidente.

- Uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado se o paciente fonte tiver alto risco para infecção pelo HBV como: usuários de drogas injetáveis, pacientes em programas de diálise, contatos domiciliares e sexuais de portadores de HbsAg positivo, homens que fazem sexo com homens, heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

- IGHAHB (2x) = duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de um mês entre as doses. Esta opção deverá ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal ou apresentarem alergia grave à vacina.

Interpretação	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc IgG**	Anti-HBe	Anti-HBs
Susceptível	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Incubação	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Fase aguda	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
Fase aguda final ou hepatite crônica	(+) (+) (+)	(+) (-) (-)	(-) (-) (-)	(+) (+) (+)	(-) (+) (-)	(-) (-) (-)
Início fase convalescente	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)
Imunidade, infecção passada recente.	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)
Imunidade, infecção passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)
Imunidade, infecção passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-) <sup>***</sup>
Imunidade, resposta vacinal	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

Fonte: Brasil (2011)

\*\*Devido à indisponibilidade comercial deste marcador, utiliza-se o anti-HBc total como teste de triagem.

\*\*\*Com o passar do tempo, o anti-HBs poderá estar em níveis indetectáveis pelos testes de laboratórios.

### **SERVIÇOS DE REFERÊNCIA**

#### **INTERNOS:**

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – RAMAL – 3024;
- Saúde Ocupacional – RAMAL – 3055;
- Segurança do Trabalho – RAMAL – 3035;
- Farmácia – RAMAL – 3164;
- Laboratório – RAMAL – 3027;
- Médico do Trabalho – RAMAL – 3110;
- Pronto Atendimento Clínico – RAMAL – 3225;
- Unidade de Regulação Assistencial – RAMAL – 3003.

#### **EXTERNOS:**

- SAMU – 192
- HOSPITAL DA VIDA – End: [Rua Toshinobu Katayama](#), Nº 949 Bairro: Vila Planalto, Dourados – MS Tel: (67) 3411-7810; Urgência/Emergência.
- SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – SAE  
Endereço: Rua dos Missionários Nº 420, localizado entre as Av. Marcelino Pires e Joaquim Teixeira Alves, (referencia: Virando a Direita no Auto Posto Tambory) – Tel: (67) 3423-9150
- Horário de atendimento:
  - Medicação – 07h às 12h

#### **INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

Termo de Compromisso para Coleta de Sorologia, disponível na pasta da rede SOST. (Acesso restrito ao SOST).

Termo de Consentimento Paciente Consciente, disponível em: <[Rede\Pasta setores\Unid Vig Saúde\Acidente de trabalho](#)>.

Termo de Consentimento Paciente Inconsciente, disponível em: <[Rede\Pasta setores\Unid Vig Saúde\Acidente de trabalho](#)>.

Ficha do SINAN para notificação de acidente com exposição a material biológico e Acidente Grave, disponível em: <[Rede\Pasta setores\Unid Vig Saúde\CCIH\FICHA SINAN](#)>.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, disponível para download em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>>

**RESOLUÇÃO N. 94, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSEH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSEH, em reunião ordinária, realizada em 19/10/2018, resolve:

**Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão – POP – Administrativo, referente a BLOQUEIO DE LEITOS PARA INTERNAÇÃO do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, parte integrante desta resolução.

**Ricardo do Carmo Filho**  
Presidente

<b>Procedimento Operacional</b>  <b>Padrão (POP) – ADMINISTRATIVO</b>	<b>POP nº. 02 URA</b>
<b>BLOQUEIOS DE LEITOS PARA INTERNAÇÃO</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: UNIDADE DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	
<b>Elaborado por: Helcio de Brito Lima / Juliana Atílio / Carla Cristiane Urnau</b>	<b>Data de Criação: 12/04/2018</b>
<b>Revisado por: Helcio de Brito Lima / Juliana Atílio / Carla Cristiane Urnau / Marcos Luís Faleiros Lourenção</b>	<b>Data de Revisão: 28/09/2018</b>
<b>Aprovado por: Colegiado Executivo do HU-UFPGD</b>	<b>Data de Aprovação: 19/10/2018</b>
<b>Responsável pelo POP: Núcleo Interno de Regulação - NIR</b>	

**OBJETIVO:** Orientar todas divisões, setores e unidades do HU-UFPGD sobre o fluxo correto a ser seguido para bloqueio de leitos para internação nos casos de falta de insumos, equipamentos, recursos humanos, manutenção, entre outras situações que ocasionem a não aceitação de pacientes para internação pelo Núcleo Interno de Regulação - NIR.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** NIR (Núcleo Interno de Regulação);

**DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA:** Regimento Interno do NIR, Diretrizes da Gerência de Atenção à Saúde;

**DEFINIÇÕES:** NIR - Comissão e posto de trabalho do HU-UFPGD, uma instância formada por grupos de profissionais ligados a Unidade de Regulação Assistencial. Trata-se de uma estrutura de coordenação

institucional que tem como finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos em nível de atenção hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre a Unidade de Saúde e as Centrais de Regulação, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

**RESPONSABILIDADES:** UNIDADES, SETORES E DIVISÕES do HU-UFPGD – Encaminhar solicitações de bloqueios para chefia imediata;

NIR – Providenciar o bloqueio dos leitos para internação de pacientes externos após aval da superintendência;

**ETAPAS DO PROCEDIMENTO:** Tendo a necessidade de bloqueio de leitos para internação em casos de falta de insumos, equipamentos, recursos humanos, manutenção, entre outras situações que ocasionem a não liberação de vagas para internação, seguir os seguintes passos:

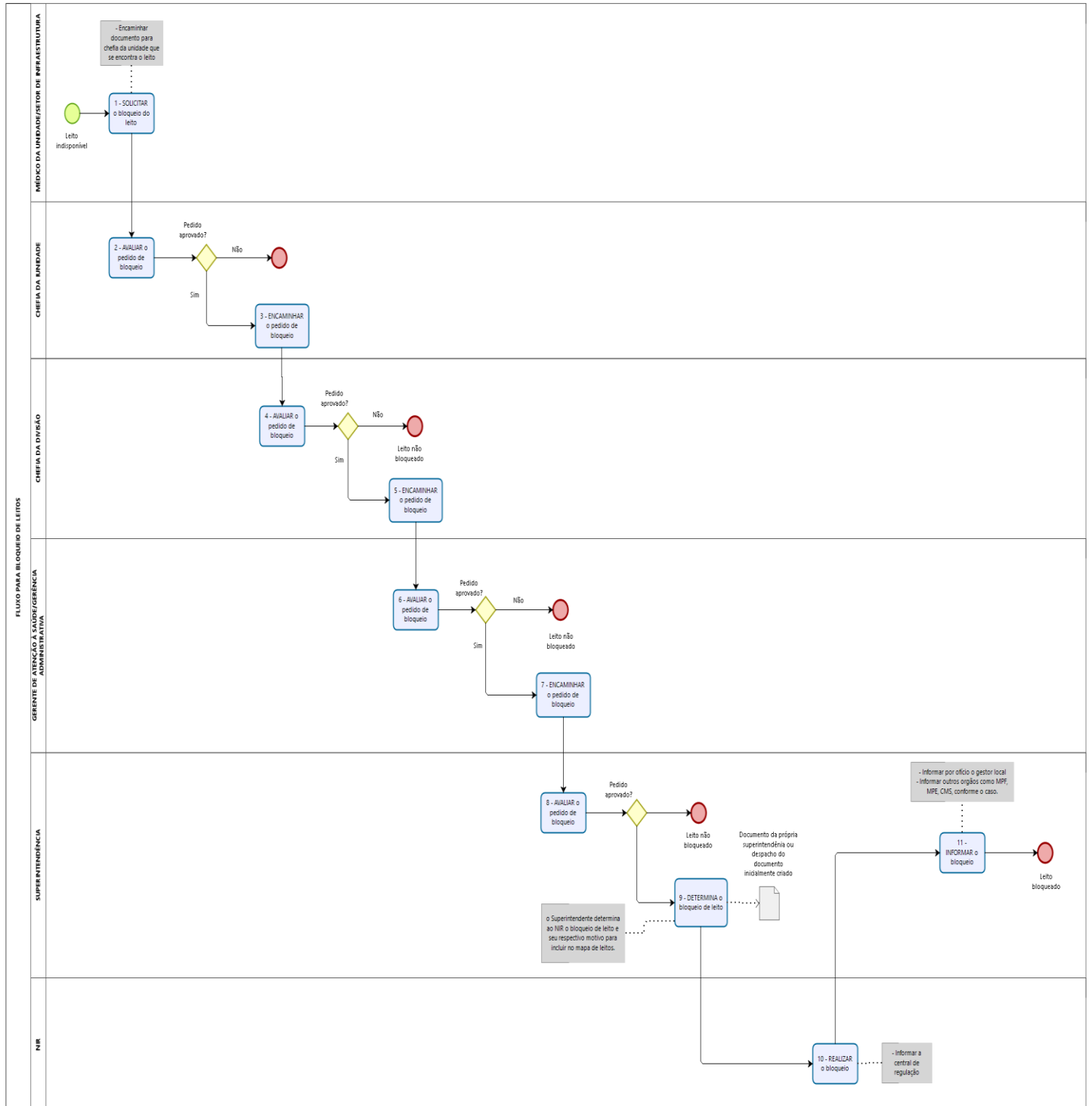
#	ATIVIDADES	PARTICIPANTES	REGRAS DE NEGÓCIO
1	Solicitar o bloqueio de Leito	Médico da unidade e Enfermeiro da unidade; Setor de Infraestrutura	O Participante encaminha documento para a chefia da unidade na qual encontra-se o leito a ser bloqueado com as devidas justificativas.
2	Avaliar o pedido de bloqueio	Chefia da Unidade	O Chefe da Unidade avalia o pedido de bloqueio de leito, com discussão da viabilidade do pedido e as possíveis medidas a serem tomadas para sanar o problema em questão, afim de que o bloqueio seja por curto espaço de tempo, principalmente para os serviços nos quais o HU-UFPGD é referência, como pactuado com a rede de saúde.
3	Encaminhar o pedido de bloqueio	Chefia da Unidade	Após avaliação da viabilidade da solicitação de bloqueio de leito, o Chefe da Unidade encaminha o pedido para a sua Chefia de Divisão
4	Avaliar o pedido de bloqueio	Chefia de Divisão	O Chefe de Divisão avalia a necessidade de bloqueio de leito, com discussão da viabilidade do pedido e as possíveis medidas a serem tomadas para sanar o problema em questão, afim de que o bloqueio seja por curto espaço de tempo,



			principalmente para os serviços nos quais o HU-UFGD é referência, como pactuado com a rede de saúde.
5	Encaminhar o pedido de bloqueio	Chefia de Divisão	Caso o chefe de divisão aprove a solicitação de bloqueio de leito, este encaminha o pedido para a sua respectiva Gerência
6	Avaliar o pedido de bloqueio	Gerente de atenção à saúde (área assistencial) ou Gerência administrativa (Infraestrutura)	O Gerente avalia a necessidade de bloqueio de leito.
7	Encaminhar o pedido de bloqueio	Gerente de atenção à saúde (área assistencial) ou Gerência administrativa (Infraestrutura)	Caso o gerente aprove a solicitação de bloqueio de leito, este encaminha o documento para a superintendência.
8	Avaliar o pedido de bloqueio	Superintendência	O Superintendente avalia a necessidade de bloqueio de leito
9	Determinar o bloqueio de leito	Superintendência	Após avaliação da viabilidade do pedido, o Superintendente determina ao NIR o bloqueio de leito e seu respectivo motivo para incluir no mapa de leitos.
10	REALIZAR o bloqueio de leito e informar a central de regulação	NIR	A equipe do NIR, após aval da Superintendência, realiza o bloqueio de leito no AGHU e informa via mapa de leitos a CRLD.
11	Informar por ofício o gestor local. Informar outros órgãos como MPF, MPE, CMS, conforme o caso	Superintendência	A Superintendência envia ofício ao gestor (e se necessário para outros órgãos) ofício informando o bloqueio e a data.

**FLUXOGRAMA ou MAPEAMENTO:**

<b>FLUXO DE BLOQUEIO DE LEITOS PARA INTERNAÇÃO</b>	
Autoc:	andre.rogerio
Versão:	1.0
Descrição:	Fluxo que visa demonstrar o processo de bloqueio de leitos para internação em casos de indisponibilidade



**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

Caso haja urgência na solicitação, ou ocorra fora do expediente administrativo, os trâmites podem ocorrer via e-mail institucional da superintendência informando o NIR sobre o respectivo bloqueio, com o envio de documento no próximo dia útil.

**RESOLUÇÃO N. 95, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária, realizada em 19/10/2018, resolve:

**Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão – POP – Administrativo, referente ao FLUXO PARA VACINAÇÃO OCUPACIONAL do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

**Ricardo do Carmo Filho**

Presidente

<b>Procedimento Operacional</b>	<b>POP nº. 006/UFC</b>
<b>Padrão (POP) – ADMINISTRATIVO</b>	
<b>FLUXO PARA VACINAÇÃO OCUPACIONAL</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: Unidade de Farmácia Clínica</b>	
<b>Elaborado por: Armando Jorge Junior</b>	<b>Data de Criação: 03/08/2018</b>
<b>Revisado por: Simone de Souza dos Santos; Tatiana Carvalho da Silva; Vanderlei Gandine Ramos; Patrick da Silva Gutierrez;</b>	<b>Data de Revisão: 05/08/2018</b>
<b>Aprovado por: Gerência de Atenção à Saúde</b>	<b>Data de Aprovação: 19/10/2018</b>
<b>Responsável pelo POP: Laura Priscila Toledo Bernal</b>	

**OBJETIVO:** Normatizar o adequado fluxo de vacinação dos colaboradores (Estatutários, Celetistas, Acadêmicos, Residentes, Terceirizados e demais vínculos existentes), nas dependências do HU-UFGD/Ebserh para atendimento ao Programa de Imunização Ativa – PIA. Sendo oferecidas regularmente vacinas:

- ✓ Vacina de Hepatite B;
- ✓ Dupla adulto - dT - (Difteria e tétano);

- ✓ Vacina da Febre Amarela;
- ✓ Triviral (Sarampo, Caxumba e Rubéola);

As campanhas de vacinação sazonais contra o vírus da influenza **ocorrerão anualmente em três (3) “dias-D” de vacinação** (das 06h30min às 11h00min e das 13h30min às 19h30min), conforme disponibilidade de doses oferecidas pelo Núcleo Municipal de Imunização. **O primeiro “Dia-D” de vacinação** anual será voltado **EXCLUSIVAMENTE** ao atendimento dos seguintes grupos prioritários das Equipes assistenciais: a) Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários (Neonatal, Pediátrica e Adulto); b) Pronto Atendimento Clínico – PAC; c) Pronto Atendimento Gineco-Obstétrico (PAGO); d) Clínica médica (Postos III e IV), sendo as listas de colaboradores disponibilizada pelo SSOST.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** SFH: Setor de Farmácia Hospitalar; HU-UFGD/Ebserh: Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; PAC: Pronto Atendimento Clínico; PAGO: Pronto Atendimento Gineco-Obstétrico; POP: Procedimento Operacional Padrão; VIGIHOSP: Aplicativo de Notificação de incidente/ queixa técnica; SSOST: Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho; PIA: Programa de Imunização Ativa; NR: Norma Regulamentadora; RDC: Resolução da Diretoria Colegiada; AVHU: Associação de Voluntários do Hospital Universitário;

#### DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA:

- ❖ **Norma Regulamentadora (NR) 32** - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;
- ❖ **RDC nº 197**, de 26 de dezembro de 2017 - Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana;

#### DEFINIÇÕES:

- **Campanha de Vacinação:** constitui estratégia de vacinação de um determinado número de pessoas em curto espaço de tempo, com o objetivo do controle de uma doença de forma intensiva ou a ampliação das coberturas vacinais para complementação do trabalho da rotina;
- **Cartão de Vacinação:** documento que comprova a realização de vacinação ou profilaxia no território Brasileiro;
- **Colaborador:** Ocupantes de cargos em comissão, empregados/servidores públicos do quadro efetivo do HU-UFGD/Ebserh, Membros do corpo diretivo da Associação de Voluntários do Hospital Universitário (AVHU); e funcionários das empresas prestadoras de serviços (limpeza/higienização; vigilância patrimonial; recepção);
- **“Dia-D” de vacinação:** Dia em que haverá expediente exclusivo para atendimento de uma ou mais vacinas previstas na Campanha de Vacinação.
- **Sala de Vacinas:** área física destinada à administração das vacinas. No HU-UFGD/Ebserh, a Sala de Vacinas é um serviço imediatamente subordinado à Unidade de Farmácia Clínica;
- **Vacinas:** medicamentos imunobiológicos que contêm uma ou mais substâncias antigênicas que, quando inoculadas, são capazes de induzir imunidade específica ativa, a fim de proteger contra, reduzir a severidade ou combater a(s) doença(s) causada(s) pelo agente que originou o(s) antígeno(s).

**RESPONSABILIDADES:** Colaboradores do HU-UFGD/Ebserh; Equipe do SSOST; Técnicas da Sala de vacinas.

## ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

### CADASTRO PARA AGENDAMENTO DE VACINA OCUPACIONAL

1. O colaborador que observar a necessidade de atualização do **Cartão de Vacinação** deverá, a qualquer tempo, **OBRIGATORIAMENTE**:

Acessar o formulário de “**Agendamento de vacina ocupacional**”<sup>1</sup>. Disponível na aba de formulários, através do endereço eletrônico em <<http://sistemas.hugd.ebserh.gov.br/catalogo/formularios>> ou através do link do formulário <<https://goo.gl/forms/f8c5PpGKRrpXMboC3>>;

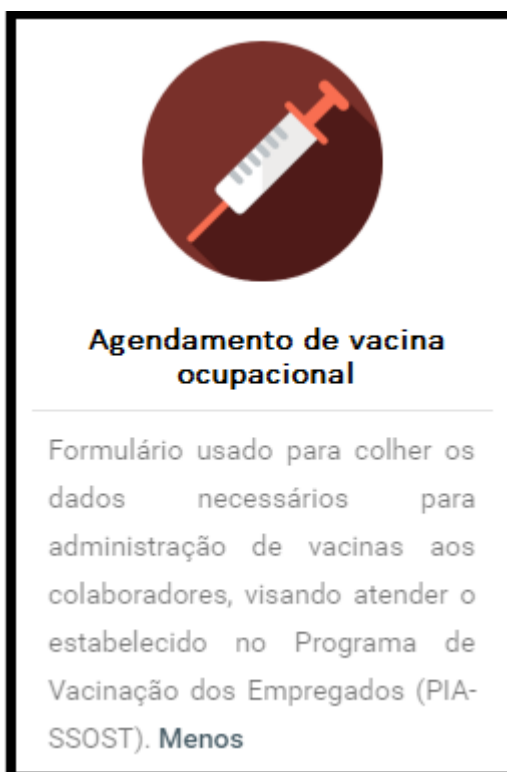


Figura 1. Logo do formulário, disponível na aba de sistemas.

2. Ligar para a **Sala de Vacinas** (Ramal 3017) para agendar o horário para vacinação;
3. Dirigir-se à **Sala de Vacinas** no horário previamente agendado;

### ATO VACINAL

Ao receber o colaborador a ser imunizado a(o) Técnica(o) de vacina deverá:

4. Verificar na planilha ONLINE o agendamento prévio à vacinação;
5. Se disponível, realizar a vacinação do colaborador, caso não esteja, orientar o colaborador a procurar o SSOST;

#### EVENTOS ADVERSOS

- ❖ Em caso de evento adverso à vacinação, será oferecido atendimento ao colaborador junto ao Pronto Atendimento Clínico – PAC, conforme previsto no Programa de Imunização Ativa – PIA.
- ❖ O evento adverso deverá ser notificado junto ao VIGIHOSP.

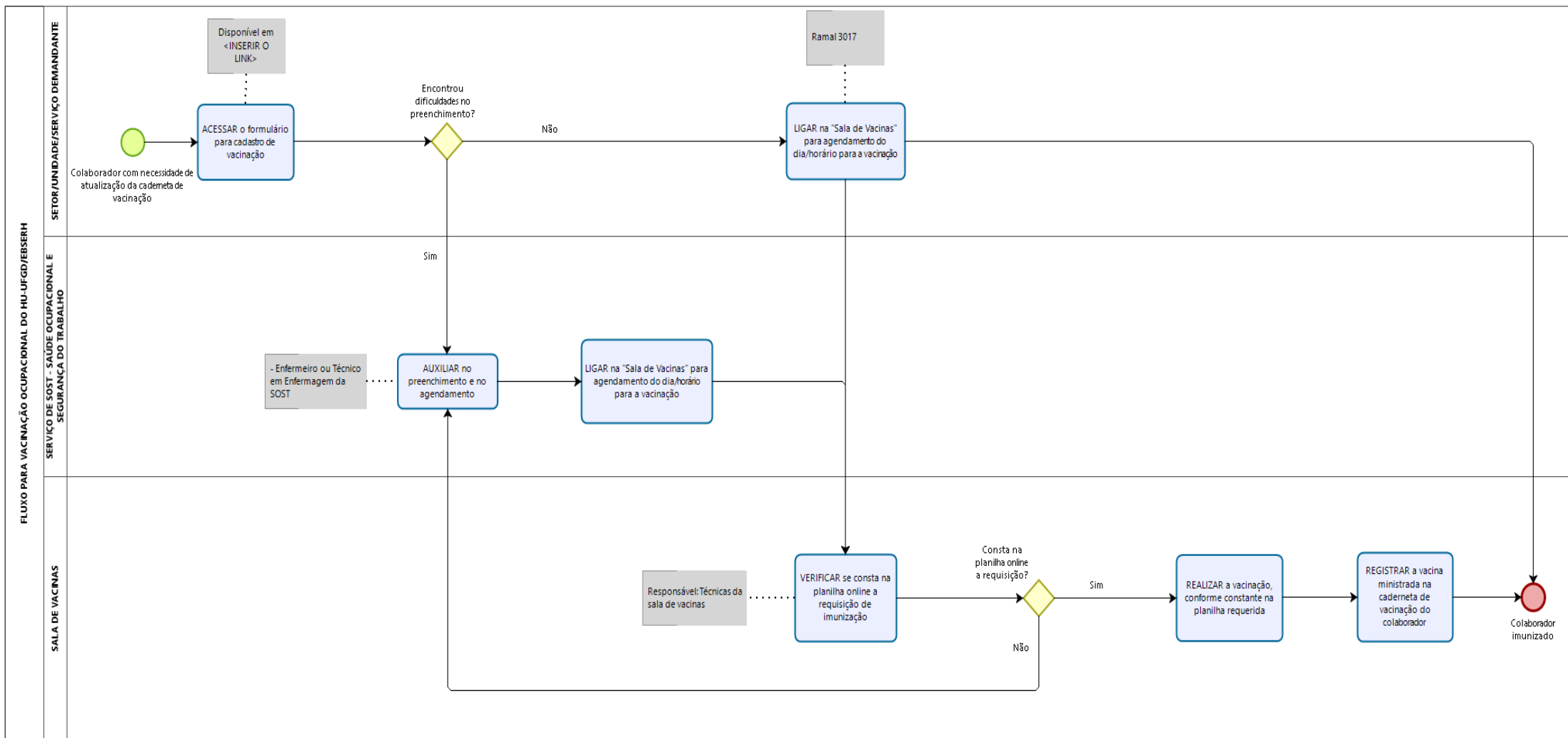
#### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

- Caso existam dúvidas no ato do preenchimento do formulário “**Cadastro para agendamento de vacina ocupacional do HU-UFGD/Ebserh**”, o colaborador deverá procurar o SSOST (Ramal 3035), para orientações;
- A vacinação disponibilizada aos colaboradores do HU-UFGD/Ebserh é a prevista no Programa de Imunização Ativa - PIA (Resolução nº. 99, de 20 de outubro de 2017 - Boletim de Serviço nº 116, 23 de outubro de 2017);
- Poderão ocorrer campanhas de vacinação adicionais às previstas neste POP, sendo para tanto realizadas ações de divulgação nos canais de comunicação institucional para orientação aos colaboradores;

#### FLUXOGRAMA:

## FLUXO PARA VACINAÇÃO OCUPACIONAL DO HU-UFGDEBSERH

**Autor:** Armando Jorge Junior  
**Versão:** 1.0  
**Descrição:** Fluxo que visa normatizar o adequado fluxo de vacinação dos colaboradores nas dependências do HU-UFGD/EBSERH



**RESOLUÇÃO N. 96, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária, realizada em 19/10/2018, resolve:

**Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão – POP – Administrativo, referente ao FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

**Ricardo do Carmo Filho**

Presidente

<b>Procedimento Operacional</b>	<b>POP nº. 02 UAC</b>
<b>Padrão (POP) – ADMINISTRATIVO</b>	
<b>Funcionamento das Comissões</b>	Versão: 1.0
<b>Unidade organizacional: Unidade de Apoio Corporativo</b>	
<b>Elaborado por: Jakeline Cavalcante Barbosa Flores e Kelle Cristhiane Soria Vieira Benedetti</b>	<b>Data de Criação: 05/10/2018</b>
<b>Revisado por: Jakeline Cavalcante Barbosa Flores e Kelle Cristhiane Soria Vieira Benedetti</b>	<b>Data de Revisão: 15/10/2018</b>
<b>Aprovado por: Colegiado Executivo do HU-UFGD</b>	<b>Data de Aprovação: 19/10/2018</b>
<b>Responsável pelo POP: Unidade de Apoio Corporativo</b>	

**OBJETIVO:** Orientar e descrever o funcionamento do fluxo das Comissões Hospitalares do HU-UFGD/EBESERH.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:**

CEX – Colegiado Executivo;

BS – Boletim de Serviço;

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

HU-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados;

NCH – Núcleo de Comissões Hospitalares;

SEJUR – Setor Jurídico;



UAC – Unidade de Apoio Corporativo;  
UCOM – Unidade de Comunicação Social.

**DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA:** Regimento Interno do Núcleo de Comissões Hospitalares (NCH) aprovado pela Resolução n. 46, de 04 de julho de 2018, publicado no Boletim de Serviço n. 150 de 09 de julho de 2018.

**DEFINIÇÕES:** O NCH é um órgão de assessoria ligada à Superintendência do HU-UFGD. Possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para defender os interesses dos sujeitos assistidos no Hospital Universitário da UFGD, na sua integridade e dignidade e para contribuir no aprimoramento técnico, administrativo e ético das Comissões Hospitalares do HU-UFGD.

**RESPONSABILIDADES:** Receber as demandas de instituição, composição, recomposição, prorrogação, recondução, revogação de Comissões, Comitês, Núcleos, Equipes e Grupos de Trabalho. Receber também o Regimento Interno, o Plano de Ação, as atas, o cronograma das reuniões, entre outros documentos. Encaminhar as devidas demandas à Superintendência para aprovação e posterior publicação no Boletim de Serviço. Divulgar informações pertinentes às Comissões Hospitalares, tais como a composição, o Regimento Interno, o Plano de Ação e o cronograma das reuniões por meio de publicação no site da instituição.

**ETAPAS DO PROCEDIMENTO:**

1. As demandas de instituição, composição, recomposição, prorrogação, recondução e revogação das Comissões, Comitês, Núcleos, Equipes e Grupos de Trabalhos, deverão ser encaminhados ao NCH através de memorando ou por e-mail (nch.hugd@ebserh.gov.br).
2. Os membros responsáveis pelas solicitações deverão estar atentos para a autenticidade das informações prestadas, assim como não abreviar os nomes dos membros.
3. No caso de instituição, os membros deverão apresentar uma breve justificativa e finalidade.
4. O NCH analisará a solicitação e encaminhará o pleito via memorando à Superintendência.
5. A Unidade de Apoio Corporativo (UAC) minutará o documento e encaminhará à Superintendência para aprovação e assinatura, na qual será normatizado por meio de Portaria publicada em Boletim de Serviço.
6. O Plano e Ação, o cronograma das reuniões e o Regimento Interno deverão ser encaminhados ao NCH por e-mail (nch.hugd@ebserh.gov.br) no formato Word. A programação do Plano de Ação e do cronograma das reuniões deverá ser anual (janeiro a dezembro) e enviado ao NCH até o dia 15 de dezembro do ano antecedente.
7. O Plano de Ação será analisado pelo NCH e encaminhará à UAC para minutar o documento. A UAC encaminhará o documento à Superintendência para aprovação e assinatura, e será normatizado por meio de Portaria publicada em Boletim de Serviço.
8. A primeira edição do Regimento Interno será encaminhada pelo NCH ao Setor Jurídico (SEJUR) para análise jurídica. Posteriormente a UAC encaminhará ao Colegiado Executivo (CEX) para aprovação. O mesmo será normatizado através de uma Resolução publicada no Boletim de

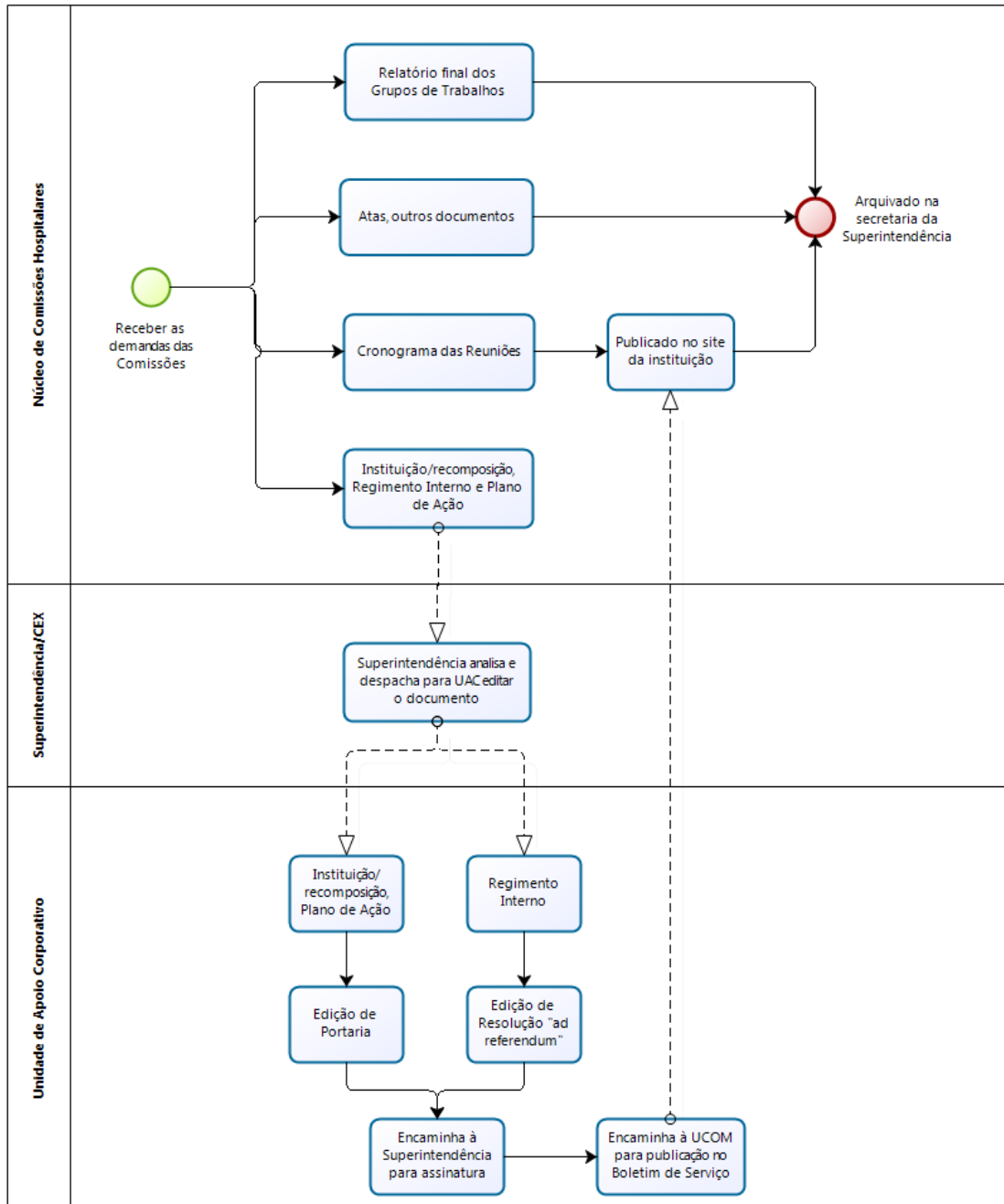
Serviço. O Regimento Interno que não foi submetido a uma análise jurídica em sua primeira edição ou se houver dúvida jurídica no momento de sua atualização, será encaminhado ao SEJUR. A atualização deverá ocorrer a cada dois anos.

9. Analisadas, revisadas e aprovadas, tanto as Portarias quanto as Resoluções serão encaminhadas pela UAC à Unidade de Comunicação Social (UCOM) para publicação em Boletim de Serviço, no endereço <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/administracao/boletim-de-servico/2018>.
10. As atas das reuniões, as listas de presença, entre outros documentos, deverão ser enviados ao NCH mensalmente até o dia 15 do mês seguinte através de memorando ou por e-mail ([nch.hugd@ebserh.gov.br](mailto:nch.hugd@ebserh.gov.br)).
11. O relatório final dos Grupos de Trabalhos deverá ser enviado ao NCH através de memorando ou por e-mail ([nch.hugd@ebserh.gov.br](mailto:nch.hugd@ebserh.gov.br)).
12. As cópias físicas dos documentos oficiais serão arquivadas junto ao NCH, na secretariada Superintendência.
13. A composição, o Plano de Ação, O Regimento Interno e o cronograma das reuniões serão publicados pelo NCH no site da instituição, no endereço <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/superintendencia/ccne>.

**Fluxograma – POP Administrativo – Funcionamento do Núcleo de Comissões Hospitalares**

**Funcionamento do Núcleo de Comissões Hospitalares**

**Autor:** Kelle Cristhiane Soria Vieira Benedetti  
**Versão:** 1.0  
**Descrição:** Fluxo das demandas das Comissões Hospitalares



**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:** Os modelos padronizados dos documentos oficiais das Comissões Hospitalares, tais como o cronograma, a lista de presença, modelo de ata, novo modelos de ata (resumido), Regimento Interno e Plano de Ação, se encontram disponíveis no endereço: <http://intranet.ebserh.gov.br/meu-hospital/hu-ufgd>.

**RESOLUÇÃO N. 97, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária, realizada em 19/10/2018, resolve:

**Aprovar** o PLANO ANUAL DE TREINAMENTO DA ENGENHARIA CLÍNICA do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.\*

**RICARDO DO CARMO FILHO**

Presidente

*\*[Ver anexo](#).*

**RESOLUÇÃO N. 98, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária, realizada em 19/10/2018, resolve:

**Aprovar** a NORMA OPERACIONAL DE SUPRIMENTO DE FUNDOS – CARTÃO DE PAGAMENTO DO GOVERNO FEDERAL (CPGF) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

**Ricardo do Carmo Filho**

Presidente

**CAPITULO I  
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Seção I  
Do Objetivo**

Art. 1º Regularizar os procedimentos operacionais para a execução de despesas por meio de suprimento de fundos, no âmbito do HU-UFGD/EBSERH, de acordo com as diretrizes dispostas nesta Norma Operacional.

## **Seção II**

### **Da Aplicação e Vigência**

Art. 2º Esta Norma Operacional se aplica no âmbito do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU-UFGD/EBSERH, com vigência por prazo indeterminado.

## **Seção III**

### **Das Referências Normativas**

Art. 3º Os normativos relacionados a seguir são indispensáveis à aplicação desta Norma Operacional:

I- Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964;

II- Decreto-Lei nº 200, de 23 de fevereiro de 1967;

III- Decreto nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986;

IV- Decreto nº 5.355, de 25 de janeiro de 2005;

V- Decreto nº 6.370, de 1º de fevereiro de 2007;

VI- Portaria MF nº 95, de 19 de abril de 2002;

VII- Portaria MP nº 41, de 07 de março de 2005, e suas alterações (Portaria MP nº 01, de 04 de janeiro de 2006 e Portaria MP nº 44, de 14 de março de 2006);

VIII- Manual do SIAFI, Macrofunção código 02.11.21;

IX - Portaria nº. 653 de 28/05/08 - MEC; e

X - Decreto 99.188/1990

## **Seção IV**

### **Das Definições**

Art. 4º Para efeito desta Norma Operacional são adotadas as seguintes definições:

I- Autoridade Concedente: autoridade responsável pela concessão dos recursos financeiros destinados ao suprimento de fundos;

II- Autorização de Suprimento de Fundos: documento pelo qual o ordenador de despesas formaliza a autorização de suprimento de fundos, fixa os prazos de aplicação e de comprovação e indica a finalidade e as demais condições para a realização da despesa;

III- Ordenador de Despesas: autoridade cujos atos resultem emissão de empenho, autorização de pagamento, suprimento ou dispêndio de recursos da União ou pelos quais responda;

IV- Suprido: empregados ou servidores, ocupantes de função pública, vinculados a Unidade Gestora – UG, que recebem suprimentos de fundos; e

V – Titular da Unidade Solicitante: agente formalmente designado para exercer determinada atividade de direção, coordenação, chefia ou supervisão de unidade organizacional formal;

VI - Suprimento de Fundos: concessão de numerário a suprido, sempre precedida de empenho na dotação própria à despesa a realizar, para que seja executado o dispêndio que por sua natureza ou urgência, não possa subordinar-se ao processo normal de execução orçamentária, principalmente nos seguintes casos:

a) para atender despesas eventuais, inclusive em viagem e com serviços especiais, que exijam pronto pagamento em espécie;

b) quando a despesa deva ser feita em caráter sigiloso, conforme se classificar em regulamento; e

c) para atender despesas de pequeno vulto, assim entendidas aquelas cujo valor, em cada caso, não ultrapassar limite estabelecido no [Anexo II](#) desta norma operacional.

VII – Gerência Administrativa: responsável pela gestão de suprimentos de fundos concernentes ao HU-UFGD/EBSERH;

VIII – Setor de Orçamento e Finanças: responsável pela gestão de suprimentos de fundos concernentes ao HU-UFGD/EBSERH.

## **CAPÍTULO II**

### **DA CONCESSÃO**

Art. 5º No ato da concessão do suprimento de fundos o Ordenador de Despesas fará constar:

I- Data da concessão;

II- Natureza da despesa;

III- Nome completo, número do CPF, cargo ou função e matrícula do suprido;

IV- Valor do suprimento de fundos em moeda corrente, em algarismo e por extenso;

V- Prazo de aplicação, que não poderá exceder a 90 (noventa) dias, nem ultrapassar o término do exercício financeiro;

VI- Prazo de comprovação;

VII- Valor para a modalidade de crédito e de saque; e

VIII- Destinação ou objeto da despesa a realizar.

Art. 6º A solicitação de suprimento de fundos será efetuada pelo formulário constante do [Anexo I](#) desta norma operacional, devendo ser encaminhado à Gerência Administrativa, que providenciará a concessão pela autoridade competente e a autorização de pagamento pelo ordenador de despesas.

Art. 7º O valor solicitado deve apresentar a classificação da despesa até o nível de elemento, conforme as discriminações abaixo:

I- Natureza da Despesa - 339030 - Material de consumo;

II- Natureza da Despesa - 339033 - Passagem e Despesas com locomoção; e

III- Natureza da Despesa - 339036 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física;

IV- Natureza da Despesa - 339039 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica.

V – Natureza da Despesa – 449052 – Material Permanente

§ 1º A concessão de suprimento de fundos para aquisição de materiais permanentes é excepcional e deverá ser previamente justificada ao Ordenador de Despesas, e por esse reconhecida.

§ 2º O empenho de concessão do suprimento de fundos deverá ser classificado no Subitem 96 - ADIANTAMENTOS.

Art. 8º. Na indicação de novos supridos, o Titular da Unidade Solicitante deve encaminhar às áreas citadas no artigo 6º as novas solicitações de concessão de suprimento de fundos, sob a forma de processo, instruído com cópias do CPF, carteira de identidade e comprovante de residência do servidor indicado.

Art. 9º. As despesas com suprimento de fundos serão efetivadas por meio do Cartão de Pagamento do Governo Federal (CPGF).

§ 1º. Para a implantação do CPGF o ordenador de despesas deve formalizar contrato de adesão junto a Agência do Banco do Brasil de seu relacionamento.

Art. 10. A modalidade de saque somente poderá ser utilizada quando autorizada pelo Ministro da Educação, não podendo exceder o limite de trinta por cento do total da despesa anual da unidade efetuada com suprimento de fundos, devendo ser observado os seguintes critérios:

I- o valor do saque, quando autorizado, deverá ser no valor exato da despesa a ser realizada, dentro do limite estabelecido pelo ordenador de despesas;

II- se o valor do saque exceder ao da despesa, o valor excedente deverá ser devolvido em favor da unidade gestora concedente do suprimento de fundo, por meio de Guia de Recolhimento da União – GRU Simple, código de recolhimento: 68808-8 - DEVOL SUPRIMENTO FUNDOS, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis a partir do dia seguinte ao da data do saque;

III- se o valor excedente do saque for inferior a R\$ 30,00 (trinta reais), poderá o suprido permanecer com o numerário até atingir este montante além do prazo estipulado, quando o recolhimento deverá ocorrer nos termos do inciso anterior;

IV- os valores recolhidos não retornam ao saldo do suprimento; e

V- caso algum valor em espécie permaneça com o suprido sem justificativa formal por prazo maior que o indicado nos incisos anteriores, a autoridade competente deverá apurar as responsabilidades.

§ 1º Somente poderá ocorrer saque pelo suprido se estiver previsto no ato de concessão do respectivo suprimento de fundos, em caráter excepcional, restringindo-se aos casos em que for inviável o uso do cartão na modalidade crédito.

§ 2º O saque para pagamento de despesas com a aquisição de materiais e/ou contratação de serviços deverá ser justificado pelo suprido, que indicará os motivos da não utilização da rede afiliada do CPGF.

Art. 11. O valor de cada documento de comprovação fica limitado ao constante no [Anexo II](#) desta Norma Operacional.

#### **CAPÍTULO IV DOS LIMITES PARA CONCESSÃO**

Art. 12. A concessão de suprimento de fundos fica limitada aos valores constantes no [Anexo II](#) desta Norma Operacional.

§ 1º O HU-UFGD/EBSERH poderá ter até dois supridos.

§ 2º Cada suprido poderá gerir até dois suprimentos de fundos concomitantemente.

#### **CAPÍTULO V DAS RESTRIÇÕES À CONCESSÃO**

Art. 13. É vedada a concessão de suprimento de fundos a:

I- Responsável por dois suprimentos, concomitantemente;

II- Servidor que seja detentor de carga, guarda ou utilização de material a ser adquirido, salvo se não houver outro servidor na Unidade;

III- Responsável por suprimento de fundos que, esgotado o prazo, não tenha prestado contas da aplicação;

IV- Agente declarado em alcance ou que tenha despesas impugnadas pelo ordenador de despesas, que esteja respondendo sindicância, processo administrativo disciplinar ou de tomada de contas especial;

V- Sem vínculo empregatício com o Serviço Público ou que não esteja em efetivo exercício;

VI- Que exerça as funções de ordenador de despesas; e

VII- Servidor que seja o próprio demandante da aquisição/contratação de serviço, exceto em viagem a serviço.

§ 1º Em casos excepcionais devidamente justificados, consignado no processo administrativo e autorizado pelo chefe de Divisão Administrativa Financeira, o ordenador de despesas poderá conceder um terceiro Suprimento ao suprido que ainda não tenha sua prestação de contas aprovada e a responsabilidade baixada no SIAFI.

Art. 14. A concessão do suprimento de fundos de que trata esta norma está condicionada à capacitação oferecida pelo Setor de Orçamento e Finanças do HU-UFGD/EBSERH.



## **CAPÍTULO VI DA APLICAÇÃO**

Art. 15. O suprimento de fundos só pode ser aplicado em objetos e/ou serviços compatíveis com a classificação da despesa prevista no ato da concessão e, exclusivamente, no interesse do HU-UFGD/EBSERH.

Art. 16. As despesas com Suprimentos de Fundos somente podem ser realizadas nas seguintes condições:

I- Atender a despesa de pequeno vulto, assim entendidas aquelas cujo valor, em cada caso, não ultrapasse o limite estabelecido no [Anexo II](#); e

II- Atender a despesas eventuais, inclusive em viagens e com serviços especiais, que exijam pronto pagamento, excluída nesse caso a possibilidade de uso do Cartão para o pagamento de bilhetes de passagens, diárias a servidores e despesas formalmente cobertas pelas diárias.

Art. 17. Para realização de despesas de pequeno vulto com aquisição de material de consumo, a concessão de suprimento de fundos fica condicionada a:

I- Inexistência temporária ou eventual no almoxarifado ou depósito do material ou medicamento;

II- Impossibilidade, inconveniência ou inadequação econômica de estocagem do material ou medicamento;

III- Inexistência de cobertura contratual;

IV- Se não se trata de aquisição de um mesmo objeto, possível de planejamento, e que, ao longo do exercício, possam vir a ser caracterizado como fracionamento de despesa; e

V- Se as despesas a serem realizadas estão vinculadas às atividades do HU-UFGD/EBSERH e se servem ao interesse público.

VI – Se o pedido de compra enviado pelo solicitante está acompanhado de ampla pesquisa de mercado regional do item à ser adquirido.

§ 1º O requisitante deve consultar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde e Unidade de Abastecimento Farmacêutico quando for o caso, quanto à disponibilidade do material em estoque, por e-mail, devendo a consulta compor o respectivo processo de prestação de contas.

§ 2º O requisitante deve verificar a existência de contrato ou ata de registro de preços vigente da unidade gestora com empresa que possa fornecer o material, o medicamento ou prestar os serviços de imediato, devendo tal informação constar expressamente da prestação de contas.

§ 3º A pesquisa de mercado que resultar em menos de 3 cotações de preços deverá ser justificada.

Art. 18. Em caso de dúvida na aplicação do suprimento de fundos, deverá ser consultado o ordenador de despesas sobre a possibilidade de execução da despesa, cuja manifestação deverá compor a prestação de contas.

Art. 19. O período de aplicação de suprimento de fundos iniciará sua contagem a partir da data do ato de concessão.

Art. 20. Nenhuma transação (compra) ou saque com o CPGF poderá ser efetivado sem que haja saldo suficiente para o atendimento da respectiva despesa na nota de empenho.

Art. 21. Não é admitido o fracionamento da despesa ou do documento comprobatório (nota fiscal) com o objetivo de se adequar aos limites autorizados.

§ 1º Para efeito do disposto neste artigo considera-se indício de fracionamento a concentração excessiva de despesa em determinado subitem contábil, seja por um agente suprido ou por vários dentro da mesma Unidade administrativa.

§ 2º O fracionamento da despesa não é caracterizado pela mesma classificação contábil em qualquer dos níveis, mas por aquisições de mesma natureza funcional.

§ 3º É vedada a utilização de suprimento de fundos para aquisição de bens ou serviços mediante diversas compras em um único exercício e para idêntico subelemento de despesa, cujo valor total supere os limites dos incisos I ou II do art. 24 da Lei nº 8.666/1993.

## **CAPÍTULO VII DA PRESTACAO DE CONTAS**

Art. 22. A comprovação ou Prestação de Contas da Aplicação de Suprimento de Fundos deverá ser efetuada pelo agente suprido, no prazo determinado pelo ordenador de despesas no ato da concessão, por intermédio de processo próprio, organizado para cada autorização e deverá conter os seguintes documentos na sequência, conforme modelo previsto no [Anexo III](#):

I- demonstrativo original das despesas realizadas assinado pelo suprido;

II- documentos fiscais originais e nominais ao HU-UFGD/EBSERH;

III- comprovante de pagamento pelo CPGF (ticket);

IV- justificativa quanto à aquisição do material ou serviço; e

V- Guia de Recolhimento da União (GRU) referente às devoluções de valores sacados e não gastos, se for o caso;

Art. 23. O suprido deve verificar, no ato da emissão do documento fiscal, se a tal documentação está de acordo com os prazos de aplicação estabelecidos pelo ordenador de despesas e:

I - se a nota fiscal contém os dados corretos da unidade gestora;

II- se a nota fiscal não contém rasuras ou emendas;

III- se a discriminação do serviço realizado, ou material e/ou medicamento adquirido é clara, não se admitindo a generalização ou abreviatura que impossibilite a identificação das despesas realizadas;

IV- se a nota fiscal tem carimbo de “Pago” ou “Recebemos”, quando o pagamento for em espécie; e

V- a data limite para emissão da nota fiscal estabelecida pelo Órgão de Arrecadação Regional.

§ 1º Os documentos fiscais comprobatórios das despesas devem ser atestados de que os serviços foram prestados ou de que o material ou medicamento foi recebido, efetuado por servidor que não seja o agente suprido ou o ordenador de despesas.

§ 2º Não serão aceitos na prestação de contas documentos fiscais cujas datas de emissão não sejam contemporâneas ao período de aplicação do suprimento de fundos.

Art. 24. De posse dos documentos fiscais, o suprido deverá acessar o Sistema de Cartão de Pagamento (SCP), pelo Portal de Compras do Governo Federal (COMPRASNET) e, conforme as instruções ali contidas, realizar o detalhamento da aplicação do suprimento de fundos concedido em seu nome, imprimir os documentos conclusivos e anexá-los ao processo de prestação de contas.

Art. 25. Na análise da prestação de contas a Gerência Administrativa e o Setor de Orçamento e Finanças responsável observará os seguintes itens:

- I- apresentação do processo dentro do prazo estabelecido pelo ordenador de despesas;
- II- se a nota fiscal foi atestada por servidor que tenha conhecimento da aquisição do material ou prestação do serviço, constando a data, assinatura e carimbo com a matrícula;
- III- citação do número do tombamento ou registro patrimonial; o endereço, no caso de imóveis; o número da placa do veículo, inclusive no caso de aquisição de combustível, nas despesas com a compra de materiais ou serviços prestados aplicados em bens móveis ou imóveis em reformas ou manutenção;
- IV- se o dispêndio é compatível com o elemento de despesa autorizado pelo ordenador de despesas;
- V- se o quadro demonstrativo de despesas de débito e crédito, em ordem cronológica de acordo com o executado pelo suprido;
- VI- se o processo foi devidamente autuado, numerado e instruído;
- VII- se a emissão da nota fiscal ocorreu dentro do prazo de aplicação estipulado pelo ordenador de despesas;
- VIII- verificar o documento de prorrogação do prazo de aplicação e de comprovação autorizado pelo ordenador de despesas, quando for o caso, obedecido o prazo máximo de aplicação de 90 dias;
- IX- verificar o carimbo de "Recebemos ou Pago" da empresa emitente da nota fiscal, quando se tratar de pagamento em espécie; e
- X- verificar a existência de eventual ocorrências de fracionamento de despesas.

Art. 26. A reclassificação da despesa a ser realizada pelo Setor de Contabilidade deverá ser efetuada após a aprovação da prestação de contas pelo ordenador de despesas, não podendo ultrapassar 120 (cento e vinte) dias a contar da data de início do período de aplicação.

Art. 27. O suprido será notificado pelo ordenador de despesas sempre que houver alguma impropriedade ou irregularidade na prestação de contas e, se for o caso, poderá ser solicitado a recolher aos cofres públicos os recursos utilizados em desacordo com a legislação pertinente.

Parágrafo único. Sanadas as impropriedades ou possíveis irregularidades, a prestação de contas será aprovada pelo ordenador de despesas que a encaminhará à Gerência de Administração da filial ou Coordenadoria de finanças da matriz responsável, para fins de reclassificação das despesas e baixa de responsabilidade do suprido.

## **CAPÍTULO VIII**

### **DAS RESPONSABILIDADES DO SUPRIDO**

Art. 28. O suprido deve conhecer as normas que regem a utilização de suprimentos de fundos e não pode transferir para outra pessoa a responsabilidade pela aplicação.

Art. 29. O suprido que não prestar contas no prazo estabelecido pelo ordenador de despesas ou que tiver sua prestação de contas rejeitada fica sujeito às penalidades previstas na legislação.

Art. 30. Na iminência de gozar férias, o suprido:

I- não deve solicitar novo suprimento de fundos; e

II- deve prestar contas antecipadamente, caso possua saldo e o término do período de utilização se der durante o período de férias.

Art. 31. O servidor que deixar de ser suprido deve comunicar à Gerência Administrativa, por intermédio de memorando, anexando o CPGF.

## **CAPÍTULO IX**

### **DAS COMPETÊNCIAS DAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS**

Art. 32. Compete à Gerência de Administrativa, e ao Setor de Orçamento e Finanças:

I - acompanhar a execução orçamentária e financeira dos suprimentos de fundos;

II- verificar se a solicitação de cada Unidade e os respectivos supridos atende ao disposto nesta Norma Operacional;

III- encaminhar a autoridade concedente, e posteriormente ao ordenador de despesas à solicitação de suprimento de fundos, para as devidas autorizações;

IV- emitir a Nota de Empenho (NE) e adotar os procedimentos necessários à disponibilização financeira de suprimento de fundos;

V- orientar o suprido quanto à aplicação do suprimento de fundos, informando os prazos de aplicação e comprovação, encaminhando-lhe cópia dos documentos referentes às concessões dos suprimentos;

VI- permanecer à disposição dos supridos para dirimir eventuais dúvidas durante o período de aplicação;

VII- encaminhar ao suprido o CPGF; e

VIII – parametrizar o sistema de gestão do CPGF.

## **CAPÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 33. Em função do encerramento do exercício financeiro, o prazo de aplicação e comprovação de suprimento de fundos será estabelecido pela Coordenadoria de Orçamento, podendo, em caráter excepcional, conforme as normas da Secretaria do Tesouro Nacional, ser estendido até 31 de dezembro para aplicação e até 15 de janeiro subsequente, para comprovação.

Art. 34. Os casos omissos serão resolvidos pelo chefe da Divisão Administrativa Financeira.

Art. 35. Esta Norma Operacional entra em vigor na data de sua publicação.

### **TRANSFERIR**

#### **RESOLUÇÃO N. 91, DE 17 DE OUTUBRO DE 2018**

**O PRESIDENTE DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, e considerando a necessidade da governança de participar da abertura do evento do modelo de Gestão da Atenção Hospitalar, resolve *ad referendum*:

**Transferir** para o dia 19/10/2018 a Reunião Ordinária do Colegiado Executivo do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da EBSERH, prevista para o dia 17/10/2018.

**Ricardo do Carmo Filho**

### **RETIFICAR**

#### **RESOLUÇÃO N. 93, DE 17 DE OUTUBRO DE 2018**


**O PRESIDENTE DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, resolve *ad referendum*:

**Retificar**, conforme segue, a redação da Resolução n. 60, de 03 de agosto de 2018, emitida pelo Colegiado Executivo do HU-UFGD, publicada no Boletim de Serviço n. 153, de 03 de agosto de 2018.

Onde se lê: “Revisado por: Carla (Auditora Interna)”.

Leia-se: “Revisado por: Danielly Vieira Capoano”

**Ricardo do Carmo Filho**

		APR- Análise Preliminar de Riscos					Data:19.07.2018 (Revisão 01)				
<b>Setor:</b>	Manutenção - Engenharia Mecânica					Área: Centrais de GLP do HU-UFGD					
<b>Atividade:</b>	Recebimento de GLP pelo HU-UFGD					Referência Legal: NR-20					
<b>Subdivisão da Atividade:</b>	Recebimento de GLP pelo HU-UFGD					EPC's Exigidos: Extintores de Incêndio / Aterramento Elétrico					
<b>EPI's Exigidos:</b>	Capacete, Óculos de Segurança e luvas em PVC (p/ motorista operador)										
<b>Elaborado por:</b>	João Fernandes Guimarães Júnior (Eng.º Mecânico) e Marcella Machado Moura (Eng.ª De Segurança do Trabalho)					Revisado por: <b>Danielly Vieira Capoano</b>		Segurança / Saúde Ocupacional			
Etapas do Trabalho - Aspecto	Tarefas	Perigo	Risco	Medidas de proteção adotadas	Substâncias químicas manipuladas	Equipamentos e ferramentas utilizadas	F	S	E	FSE	
<b>1 - Liberação de acesso da carreta de GLP na guarita.</b>	Liberação do portão de acesso após avaliação inicial (identificação do motorista) para acesso da carreta de GLP à central.	Entrada de pessoas não autorizadas	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	Liberação através de confirmação, pelo vigilante, com o setor de suprimentos	GLP	Carreta de GLP c/ mangote de abastecimento;	8	8	4	256	
<b>2 - Circulação da carreta de GLP da guarita à central de armazenamento</b>	Conduzir a carreta de GLP da guarita à central de armazenamento	Colisão da carreta de GLP com outros veículos em circulação	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. sinalização de limite de velocidade; 2. demarcação horizontal do local de estacionamento da carreta de GLP.	GLP	Carreta de GLP c/ mangote de abastecimento;	8	8	4	256	
<b>3 - Inspeção, conexão do aterramento e mangote de abastecimento.</b>	Identificar possíveis desvios críticos da carreta, do tanque de GLP e das conexões (aterramentos e linha de gás GLP).	Contato/Exposição à produto químico perigoso	lesão pessoal	1. Utilização de EPI; 2. Inspeção visual preliminar nos equipamentos de descarga	GLP	Carreta de GLP c/ mangote de abastecimento; Reservatórios P-190; Reservatórios P-4000	8	32	4	1024	
		Probabilidade de incêndio ou explosão	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Proibir serviços á quente na área de abastecimento imediatamente antes e durante a estada da carreta de GLP; 2. Impedir acesso de pessoal não autorizado através de isolamento da área de descarga; 3. Proibir o fumo na área de descarga; 4. Aterramento elétrico da carreta de GLP;							

				5. Garantir a disponibilidade de extintores válidos.						
		Equipamentos em estado de conservação inapropriados para uso	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Inspeccionar visualmente os equipamentos de descarga da carreta de GLP.						
		Guarda indevida de materiais estranhos à central de GLP	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Inspeccionar e garantir ausência de materiais estranhos à central de GLP						
		Sinalização incorreta ou inexistente	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Manter instaladas a sinalização de alerta e prevenção exigida; 2. Solicitar ao motorista-operador a instalação da sinalização portátil do veículo (isolamento).						
		Falta de aterramento elétrico	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Inspeccionar a ligação do cabo aterramento da carreta de GLP ao ponto de aterramento elétrico da instalação.						
		Conexão inadequada do mangote da carreta de GLP ao tanque	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Inspeccionar visualmente a conexão do mangote da carreta de GLP ao ponto de alimentação do tanque.						
<b>4 - Operação de carregamento do tanque de GLP.</b>	Abastecimento do tanque com GLP bombeado da carreta do fornecedor.	Equipamentos de descarga de GLP defeituosos	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Parar abastecimento caso o veículo/conexões apresentem vazamento; 2. Autorizar apenas a presença de pessoas autorizadas na área isolada;	GLP	Carreta de GLP c/ mangote de abastecimento; Reservatórios P-190; Reservatórios P-4000	8	64	4	2048
		Probabilidade de incêndio ou explosão	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Proibir serviços á quente na área de abastecimento imediatamente antes e durante a estada da carreta de GLP; 2. Impedir acesso de pessoal não autorizado, solicitando ao motorista-operador a manutenção do isolamento; 3. Proibir o fumo nas						

				dependências do HU/UFGD; 4. Manter extintores disponíveis.						
		Remoção da sinalização da área de risco	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Manter instaladas a sinalização de alerta e prevenção exigida; 2. Solicitar ao motorista-operador a instalação da sinalização portátil do veículo (isolamento); 3. Acompanhamento de representantes da segurança do trabalho durante o abastecimento.						
		Remoção do aterramento elétrico	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Manter conectado o cabo de aterramento; 2. Acompanhamento de representantes da segurança do trabalho durante o abastecimento.						
		Vazamento/alteração da atmosfera	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Parar a operação se o veículo apresentar perda de contenção; 2. Não operar os equipamentos antes que as conexões tenham sido efetivamente realizadas;						
<b>5- Desconexão e liberação do caminhão de abastecimento.</b>	Desconexão da linhas de gás e dos aterramentos e liberação da carreta de abastecimento.	Contato/Exposição à produto químico perigoso	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Utilizar EPIs; 2. Autorizar apenas a presença de pessoas autorizadas na área isolada.	GLP	Carreta de GLP c/ mangote de abastecimento; Reservatórios P-190; Reservatórios P-4000	8	32	4	1024
		Probabilidade de incêndio ou explosão	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Proibir serviços á quente na área de abastecimento imediatamente antes e durante a estada da carreta de GLP; 2. Impedir acesso de pessoal não autorizado, solicitando ao motorista-operador a manutenção do isolamento; 3. Proibir o fumo nas dependências do HU/UFGD; 4. Manter extintores disponíveis.						



		Probabilidade de queda da escada	lesão pessoal	1. Evitar movimentos bruscos ao subir e descer a escada;						
		Desconectar o mangote com a bomba da carreta de GLP acionada	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Desligar a bomba antes de desconectar o mangote;						
		Sinalização incorreta ou inexistente	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Manter instaladas a sinalização de alerta e prevenção exigida; 2. Solicitar ao motorista-operador a instalação da sinalização portátil do veículo (isolamento).						
		Vazamento/alteração da atmosfera	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. Parar a operação se o veículo apresentar perda de contenção; 2. Não operar os equipamentos antes que as conexões tenham sido efetivamente realizadas;						
<b>6 - Circulação da carreta de GLP da central de armazenamento à guarita</b>	Conduzir a carreta de GLP da central de armazenamento à guarita	Colisão da carreta de GLP com outros veículos em circulação	lesão pessoal e danos patrimonial e ao meio ambiente	1. sinalização de limite de velocidade; 2. demarcação horizontal do local de estacionamento da carreta de GLP.	GLP	Carreta de GLP c/ mangote de abastecimento;	8	8	4	256

## HOMOLOGAR

### **RESOLUÇÃO N. 99, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária realizada em 19/10/2018,

RESOLVE:

**Homologar** as resoluções nº 80/2018, 82/2018, 84/2018, 85/2018, 86/2018, 87/2018, 88/2018, 89/2018, 90/2018, e 91/2018 emitidas *ad referendum*.

**Ricardo do Carmo Filho**

Presidente

**SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL**

## INSTITUIR E COMPOR

### **\*PORTARIA N. 218, DE 31 DE JULHO DE 2018**

**O DIRETOR-GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 183, de 20 de março de 2018 da UFGD,

Considerando a Instrução Normativa nº 05 de 2017, publicada em 26 de maio de 2017, dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional e revoga a Instrução Normativa nº 2, de 30 de abril de 2008 que tratava anteriormente sobre o tema.

RESOLVE:

- I. **INSTITUIR e COMPOR** a Equipe de **Planejamento para contratação de serviços de Proteção Radiológica** do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, com os membros a seguir:
  - Jean Wilson Mota – Matrícula/Siape 1810267
  - Wesley Roberto Ricardino – Matrícula/Siape 1824284
- II. Esta Portaria entra em vigor na data da assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

*\*Portaria republicada por conter erros na original. BS n. 153 de 03 de agosto de 2018.*

## DESIGNAR

### PORTARIA N. 312, DE 15 DE OUTUBRO DE 2018

O DIRETOR-GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 183, de 20 de março de 2018 da UFGD,

RESOLVE:

- I. **Designar** a servidora **CLEUZA LIMA NUNES**, assistente administrativa, SIAPE n. 2169035, para substituir o gestor **WESLEY BATISTA AKAHOSHI**, em suas ausências e impedimentos legais, na gestão do contrato 01/2015, celebrado entre o Hospital Universitário da UFGD/EBSERH e a empresa SUPORTE SERVIÇOS DE SEGURANÇA LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 67.803.726/0010-24, referente a contratação de prestação dos serviços continuados de vigilância e segurança, para atender as necessidades do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, conforme especificações técnicas previstas no Termo de Referência do processo administrativo n. 23005.000911/2014-04.
- II. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

### PORTARIA N. 317, DE 19 DE OUTUBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso da competência que lhe confere o art. 13 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º **Designar** FILIPE AUGUSTO LINS MARTINS, Matrícula SIAPE nº 175248, ocupante do cargo ANALISTA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO – TELECOMUNICAÇÕES lotado no HU-UFGD, para atuar como COMISSÁRIO e conduzir procedimento de Investigação Preliminar visando à apuração de fato considerado irregular descrito no Processo nº 23529.005628/2018-85, através da coleta de provas, depoimentos e demais diligências porventura necessárias.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias para a conclusão dos trabalhos do comissário.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Ricardo do Carmo Filho**

## RECOMPOR

### PORTARIA N. 313, DE 17 DE OUTUBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

#### RESOLVE:

- I. **RECOMPOR** o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh com os membros a seguir:

Aline Zottos Moreira

Angela Mendonça de Souza

Bianca Cegati Ozuna

Cândida Aparecida Leite Kassuya

Edméia Barrios de Azambuja Goncalves

Fábio Juliano Negrão

Junio Eduvirgem

Liobeth Mattos Kojima Soares

Luis Arthur Spinola Castilho

Luisa Barros Piovano Borges

Márcia Strassburger Araújo

Nádia Dan Bianchi de Souza

Raquel Bressan de Souza

Rosalina Dantas da Silva

- II. O GTH será coordenado por Luis Arthur Spinola Castilho.
- III. Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

## INSTITUIR E COMPOR

### PORTARIA N. 314, DE 18 DE OUTUBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

I – **Instituir e compor** a Comissão de Inventário de Bens Permanentes do Hospital Universitário da Grande Dourados/EBSERH, com os seguintes servidores:

Edna Manari dos Santos – Unidade de Contabilidade Fiscal – **Presidente**

Filipe Augusto Lins Martins – Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação – **Vice-Presidente**

Mauro Luiz Horbach – Unidade de Patrimônio – **Secretário**

Caio César de Souza Campinas – Unidade de Contabilidade Fiscal

Thiago Hilgert de Souza - Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

II – A comissão terá o prazo de **50 (cinquenta) dias** para a conclusão dos trabalhos e entrega de relatório final.

III - Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

## APROVAR

### PORTARIA N. 315, DE 18 DE OUTUBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

RESOLVE:

- I. **APROVAR** o Plano de Ação de 2018 da Comissão de Proteção Radiológica (CPR) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, parte integrante desta portaria;

- II. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

## 1. IDENTIFICAÇÃO

<b>1.1 Instituição:</b>	Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU-UFGD/EBSERH
<b>1.2 Título:</b>	Plano de Ações da CPR, Gestão 2018/2019.
<b>1.3 Data de aprovação pela CPR:</b>	03 de outubro de 2018

## 2. JUSTIFICATIVA

Considerando as competências da Comissão de Proteção Radiológica, cabe à comissão:

- I. Identificar os riscos do processo de trabalho;
- II. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva e corretiva para os equipamentos emissores de radiação ionizante;
- III. Participar na fiscalização das exigências da portaria 453 da Vigilância Sanitária;
- IV. Realizar, periodicamente, auditoria interna nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores envolvidos com radiação ionizante;
- V. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VI. Divulgar aos trabalhadores mensalmente os relatórios de doses de exposição ocupacionais dos colaboradores envolvidos com radiação ionizante;
- VII. Requerer a SOST, ou ao empregador, a paralisação de equipamentos emissores de radiação ionizante, que considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII. Colaborar no desenvolvimento e implementação do Plano de Proteção Radiológico (PPR);
- IX. Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Garantia da Qualidade em Mamografia (PQGM);
- X. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério da Saúde conforme Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária n. 453, e 1º de junho de 1998;
- XI. Participar, em conjunto com a SOST, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho correlacionados aos ambientes emissores de radiação ionizante e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- XII. Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- XIII. Apresentamos o presente Plano de Ação 2018, que orientará o andamento e execução de todas as atividades desempenhadas pela CPR do HU-UFGD/EBSERH durante esta gestão.

### 3. MATRIZ E PLANO DE AÇÃO

Item	O que será feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Onde será feito?	Quem fará?	Quando será feito?
1	Criação do calendário anual com as datas das reuniões mensais ordinárias;	Para atender regimento interno e Portaria 453;	Segunda reunião ordinária da CPR;	Saguão do auditório	CPR	Agosto
2	Elaboração do Regimento;	Para atender Portaria 453;	Grupo de trabalho instituído pela comissão;	Sala da Biblioteca	CPR	Agosto
3	Elaboração do plano de ação da CPR;	Definir as atividades a serem desempenhadas pela comissão;	Grupo de trabalho instituído pela comissão;	Unidade Diagnóstico de Imagem	por CPR	Setembro
4	Relatório situacional dos ambientes de trabalho;	Em atendimento a portaria 453;	Grupo de trabalho instituído pela comissão	Unidade Diagnóstico de Imagem	por CPR	Outubro
5	Elaboração do plano de ação da CPR 2019	Definir as atividades a serem desempenhadas pela comissão;	Grupo de trabalho instituído pela comissão;	Unidade Diagnóstico de Imagem	por CPR	Novembro

## PRORROGAR

### PORTARIA N. 316, DE 19 DE OUTUBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso da competência que lhe confere o art. 16 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º **Prorrogar**, por 30 (trinta) dias, o prazo de conclusão dos trabalhos da Comissária, designado pela Portaria n. 283 de 18 de setembro de 2018, publicada no Boletim de Serviço n. 160, de 19 de setembro de 2018, referente ao Processo nº 23529.005068/2018-69, ante as razões apresentadas no Memorando nº 01/2018, de 17 de outubro de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

## RECONDUZIR

### PORTARIA N. 318, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso da competência que lhe confere o art. 16 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

RESOLVE:

Art. 1º **Reconduzir**, por 30 (trinta) dias, o prazo de conclusão dos trabalhos do Comissário de Investigação Preliminar, designada pela Portaria nº 287, de 21 de setembro de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 161, de 24 de setembro de 2018, referente ao Processo nº 23529.003265/2018-43, ante as razões apresentadas no Memorando 04/2018, de 17 de outubro de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**



## ESTABELECER

### **PORTARIA N. 319, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

**O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

### **CONSIDERANDO:**

Reunião realizada no dia 15/10/2018 no saguão do auditório do HU-UFGD, a Comissão de Controle de Remanejamentos Internos, pertencente ao Conselho Consultivo de Enfermagem do HU-UFGD, ocasião na qual foram analisadas as solicitações de mudança de turnos ou setores, conforme preconizado pelo POP Administrativo nº 01 da Divisão de Enfermagem, Resolução nº 40, de 07 de junho de 2017, publicado no Boletim de Serviço nº 99, de 13 de junho de 2017, página 18,

### **RESOLVE:**

I. **Estabelecer** as seguintes listas de espera de solicitações:

#### **Lista Prioritária:**

##### **Técnicos de Enfermagem**

1. SIAPE: 2259293

##### **Enfermeiro:**

1. SIAPE: 2275734

#### **Lista Regular:**

##### **Enfermeiro**

1. SIAPE: 1007116
2. SIAPE: 157.404
3. SIAPE: 2159407
4. SIAPE: 2236997
5. SIAPE: 2350636
6. SIAPE: 2259419
7. SIAPE: 1800540
8. SIAPE: 2347044
9. SIAPE: 1051424
10. SIAPE: 1360277

11. SIAPE: 2391886
12. SIAPE: 2350582
13. SIAPE: 1806279
14. SIAPE: 2259419
15. SIAPE: 1807552
16. SIAPE: 1799921
17. SIAPE: 2383491
18. SIAPE: 1135125
19. SIAPE: 2236899
20. SIAPE: 2230387
21. SIAPE: 2231129
22. SIAPE: 1124205
23. SIAPE: 2137498
24. SIAPE: 2137581
25. SIAPE: 1810715
26. SIAPE: 3040847
27. SIAPE: 30311284
28. SIAPE: 2237077
29. SIAPE: 1093710
30. SIAPE: 2347044
31. SIAPE: 1776859
32. SIAPE: 2129599
33. SIAPE:2347136
34. SIAPE:224313
35. SIAPE: 2254043

**Técnicos de Enfermagem**

1. SIAPE: 2140836
2. SIAPE: 2137922
3. SIAPE: 2173543
4. SIAPE: 2137370
5. SIAPE: 21408432
6. SIAPE: 2129290

7. SIAPE: 2228811
8. SIAPE: 1868368
9. SIAPE: 18062164
10. SIAPE: 1824996
11. SIAPE: 2137467
12. SIAPE: 2256542
13. SIAPE: 1808830
14. SIAPE: 18152880
15. SIAPE: 1915919
16. SIAPE: 1819512
17. SIAPE: 1800513
18. SIAPE: 1815285
19. SIAPE: 18097286
20. SIAPE: 18117694
21. SIAPE: 2993665
22. SIAPE: 2166333
23. SIAPE: 2346768
24. SIAPE: 2137641
25. SIAPE: 2163710
26. SIAPE: 1434869
27. SIAPE: 1808098
28. SIAPE: 2137544
29. SIAPE: 18200303
30. SIAPE: 2240933
31. SIAPE: 2254279
32. SIAPE: 1827561
33. SIAPE: 1825218
34. SIAPE: 2250038
35. SIAPE: 2347026
36. SIAPE: 2158590
37. SIAPE: 21379386
38. SIAPE: 1806181

- 39. SIAPE: 18015603
- 40. SIAPE: 2348081
- 41. SIAPE: 2253197
- 42. SIAPE: 2347996
- 43. SIAPE:3040835
- 44. SIAPE: 2253834
- 45. SIAPE:18097286
- 46. SIAPE: 2130227
- 47. SIAPE:2346768
- 48. SIAPE:2137648
- 49. SIAPE:2129132
- 50. SIAPE:1807698
- 51. SIAPE:2129578
- 52. SIAPE:2137361
- 53. SIAPE:2139943
- 54. SIAPE:2348017
- 55. SIAPE:2137581
- 56. SIAPE:2173580
- 57. SIAPE:1915919
- 58. SIAPE:1816019
- 59. SIAPE:2424648
- 60. SIAPE:2253834

II. Esta Portaria entra em vigor na data da sua assinatura.

**Ricardo do Carmo Filho**

**SUSPENDER**

**PORTARIA N. 320, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

**O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria n. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria n. 66, de 06 de março de 2018, publicada no Diário Oficial da União n. 45, de 07 de março de 2018,

Considerando a necessidade de reestruturação da Comissão de Educação Permanente no âmbito do Hospital Universitário da Grande Dourados/EBSERH.

RESOLVE:

- I. **SUSPENDER** as atividades da Comissão de Educação Permanente do Hospital Universitário da Grande Dourados/EBSERH.
- II. Esta Portaria entra em vigor a partir da data da sua assinatura, com efeitos retroativos a contar de 03 de outubro de 2018.

**Ricardo do Carmo Filho**

**GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**APROVAR**

**PORTARIA N. 36, DE 18 DE OUTUBRO DE 2018**

O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

- I. **Aprovar** o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente ao Atendimento à Cesariana a pedido do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flávio Sette de Souza**

<b>Procedimento Operacional Padrão (POP) – ASSISTENCIAL</b>	<b>POP nº. 01/SASM</b>
<b>Atendimento à Cesariana a pedido</b>	Versão: 1.0

<b>Unidade organizacional: Setor de Atenção à Saúde da Mulher</b>	
<b>Categoria profissional: Médicos obstetras/ Enfermeiros obstetras e demais profissionais do Setor de Unidade de Atenção à Saúde Materno Perinatal</b>	
<b>Linha de cuidado: Materno Perinatal</b>	
<b>Elaborado por: Alessandro Postal</b>	<b>Data de Criação: 09/04/2018</b>
<b>Revisado por: Luiz Augusto Freire Lopes</b>	<b>Data de Revisão: 14/05/2018</b>
<b>Aprovado por: Gerencia de Atenção à Saúde</b>	<b>Data de Aprovação: 18/10/2018</b>
<b>Responsável pelo POP: Alessandro Postal</b>	

**OBJETIVO:** Organizar o fluxo de atendimento às gestantes que desejam a resolução da gestação por via alta na ausência de indicação clínica (cesariana a pedido).

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido.

**DEFINIÇÃO:** Compreende-se por cesariana a pedido a interrupção da gestação através de parto cirúrgico por via alta, por solicitação da gestante, sem que haja indicação clínica para a realização do mesmo.

A taxa de cesariana vem crescendo ao longo dos anos e por várias razões as mulheres têm solicitado a via cirúrgica como forma de nascimento. História pessoal ou de pessoas próximas de parto vaginal com desfechos negativos são mencionados pelas mulheres, medo de sentir dor, falta de conhecimento sobre os mecanismos de alívio da dor no trabalho de parto e preocupação com sofrimento fetal e cesariana de urgência são alguns assuntos envolvidos na escolha e desejo pela cesariana programada

As evidências científicas têm reforçado que a realização da cesariana está relacionada ao aumento da morbimortalidade materna e neonatal, além de outros aspectos, como prejuízo na formação do vínculo materno-infantil, aumento de custos, implicações no futuro reprodutivo da mulher e possíveis repercussões negativas no desenvolvimento da criança. Demonstram, ainda, que o risco de desconforto respiratório ao nascer diminui com o aumento da idade gestacional e que **a morbidade neonatal é maior naqueles recém-nascidos de cesariana programada sem que a gestante tenha iniciado o trabalho de parto.**

Para efeito deste instrumento considera-se:

Gestação prolongada: aquela com idade gestacional igual ou superior a 42 semanas completas confirmada através de exame ultrassonográfico realizado preferencialmente no primeiro trimestre ou data da última menstruação confiável e compatível com exame clínico.

Trabalho de parto estabelecido: presença de contrações uterinas regulares ou amniorrexe.

Partofobia: aversão ou medo extremo ao parto normal.

**RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:** A solicitação para realização do procedimento deverá ser acatada pelo médico ginecologista e obstetra após o efetivo aconselhamento multiprofissional à gestante e acompanhante, incluindo os benefícios do parto normal, os riscos do procedimento, e a adoção de condutas relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, respeitando o fluxo assistencial descrito a seguir, bem como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (modelo em anexo).

**RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:** A cesariana deverá ser executada pela equipe de médicos obstetras de plantão, respeitando os pré-requisitos relacionados a realização da cesariana eletiva, tais como jejum e avaliação clínica da gestante.

**INDICAÇÃO:** mulheres em situação de gravidez de risco habitual com idade gestacional a partir 40 semanas (termo completo) e que não desejam indução de trabalho de parto ou na vigência de trabalho de parto estabelecido, e que mesmo após aconselhamento mantém a opção pela realização da cesariana.

**CONTRA-INDICAÇÃO:** existência de condições clínicas que contraindiquem o procedimento.

**ACONSELHAMENTO:** A informação sobre indicações de cesariana, o procedimento, seus riscos e repercussões para futuras gestações deve ser feita de maneira clara e acessível respeitando as características socioculturais e individuais da gestante. Se não há indicação médica, deve-se discutir as razões da preferência por cesariana. É recomendado que a gestante converse sobre sua preferência com os membros da equipe multiprofissional assistente. Em caso de ansiedade relacionada ao parto ou partofobia, é recomendado apoio psicológico. Se após informação (e apoio psicológico quando indicado) a gestante mantiver seu desejo por cesariana, o parto vaginal não é recomendado. Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que a influenciaram na decisão, e qual deles é o mais influente. Caso a decisão da paciente seja motivada por medo da dor, informar que o nosso serviço dispõe de métodos farmacológicos e não-farmacológicos de alívio da dor.

**MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:** consultar protocolo de execução de cesariana acrescido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado pela gestante, acompanhante ou responsável legal (quando necessário), médico e enfermeiro.

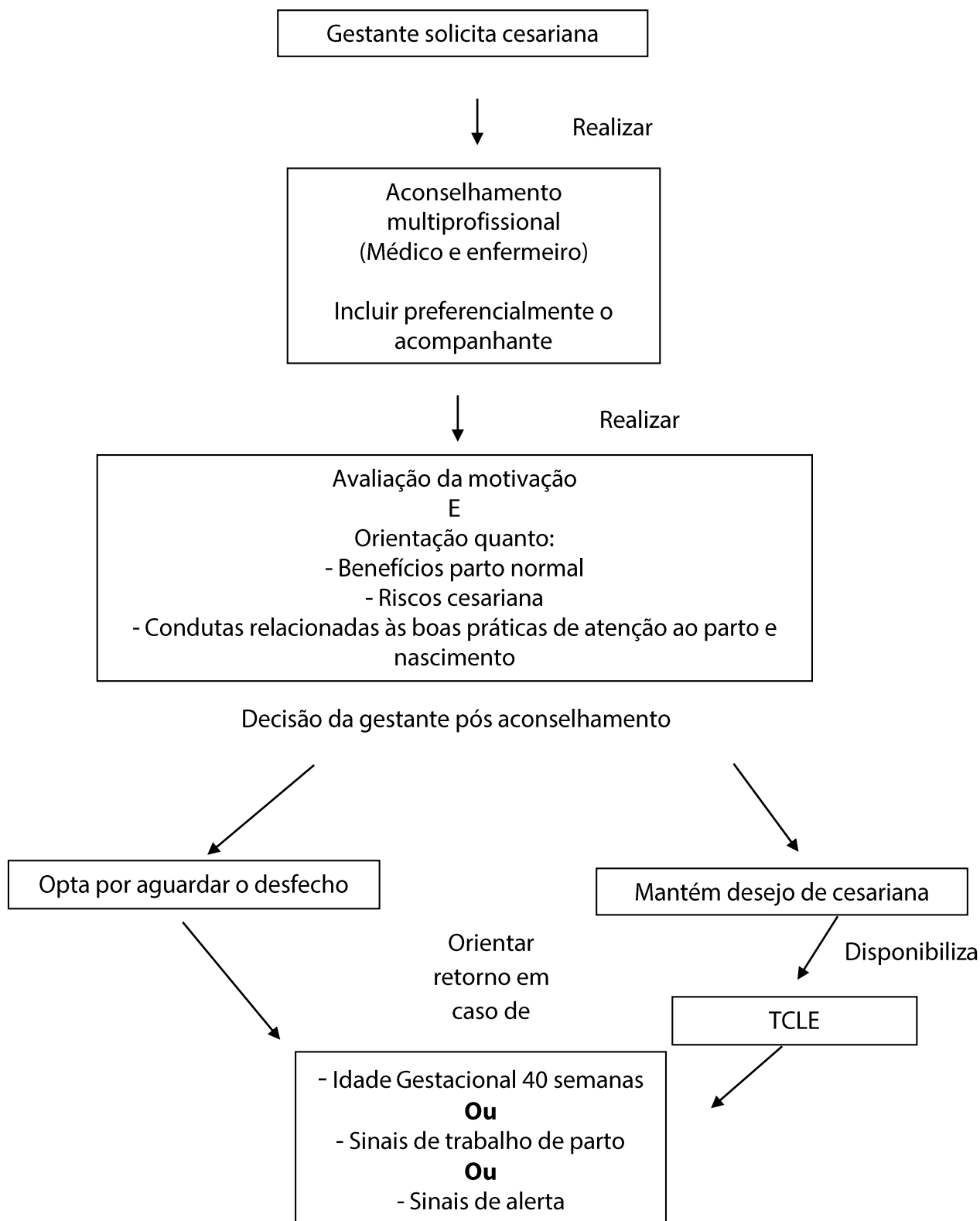
**PROCEDIMENTOS:** fluxograma em anexo.

**RESULTADOS ESPERADOS:** realização de procedimento cesariana a pedido de forma a atender o desejo das gestantes devidamente esclarecidas e prevenir iatrogenias, garantindo a segurança da assistência ao binômio mãe-bebê no ciclo gravídico puerperal.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

### FLUXOGRAMA CESARIANA A PEDIDO





### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade \_\_\_\_\_, portadora do RG nº \_\_\_\_\_ e  
inscrita no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na  
\_\_\_\_\_, na  
cidade de \_\_\_\_\_, estado do \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins minha decisão de  
realizar PARTO CESÁREA. Declaro ter ciência que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de  
parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica. Declaro ainda ter  
sido informada pelo Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM/MS \_\_\_\_\_ que a  
cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção,  
hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia  
(retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória  
(incisão da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em  
toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico  
ou da situação vital de cada paciente. Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma  
cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta  
com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que  
independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada  
paciente. Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantenho  
minha decisão de realizar parto cesárea. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma  
ficará no prontuário da paciente e a outra com a gestante.

Dourados, MS \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura e RG da gestante

Assinatura e RG do cônjuge

Assinatura e carimbo do obstetra

## CONSTITUIR E COMPOR

### **PORTARIA N. 37, DE 18 DE OUTUBRO DE 2018**

O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

I – **CONSTITUIR** e **COMPOR** a Unidade de Produção da Agência Transfusional, conforme termos de referência das ferramentas de gestão da Diretoria de Atenção à Saúde:

Daniel Salas Steinbaum – Chefe da Unidade de Hematologia / Oncologia;

Mario Murackami Junior – Representante dos Técnicos de Laboratório - da Unidade de Hematologia / Oncologia;

Tabata Branquinho De Albuquerque – Representante dos Técnicos em Laboratório de Patologia Clínica - da Unidade de Hematologia / Oncologia;

Jucilane Lima Henklain Ferruzzi – Representante dos Médicos - Hematologia e Hemoterapia Pediátrica;

Cinthia Marquez de Vasconcelos Leon – Representante dos Médicos - Hematologia e Hemoterapia Clínica Médica;

II – A Unidade de Produção da Agência Transfusional será coordenada por Mario Murackami Junior;

III – Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flávio Sette de Souza**

## DESIGNAR

### **PORTARIA N. 38, DE 23 DE OUTUBRO DE 2018**

O GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 156/2013, de 27 de novembro de 2013, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh nº 16, de 02 de dezembro de 2013, e conforme Portaria n. 01 de 28 de agosto de 2017:

RESOLVE:

I – **DESIGNAR**, para o encargo de Líder de Equipe das unidades da Divisão de Gestão de Cuidado, conforme “Diretrizes para a Gestão Organizacional das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFGD/EBSERH” (2017), documento homologado pelas chefias imediatas das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde, aprovado pelo Colegiado Executivo em 15 de fevereiro de 2017, publicado no Boletim de Serviço nº 84, de 20 de fevereiro de 2017, anexo à Resolução nº 07:

Cynthia Bocatti – Líder de Equipe da Unidade de Clínica médica;

Aline Rafaela Pereira Cruz – Líder de Equipe da Unidade de Atenção à Saúde Materno Perinatal;

Wanaline Fonseca – Líder de Equipe da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente;

Michelly Angelina Lazzari da Silva – Líder de Equipe da Unidade de Cirurgia Geral;

II– Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**José Flávio Sette de Souza**