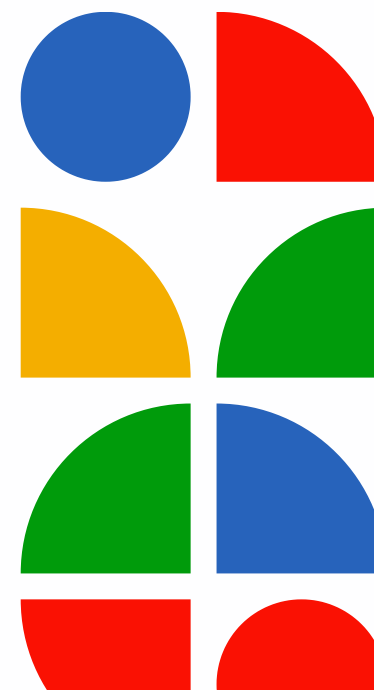


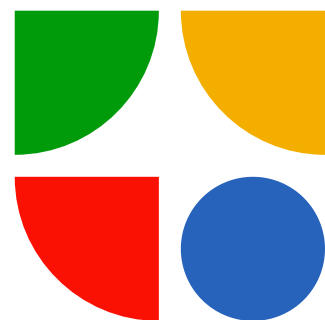
Guia de Práticas de  
**Governança Corporativa,  
Responsabilidade Social e  
Sustentabilidade**



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

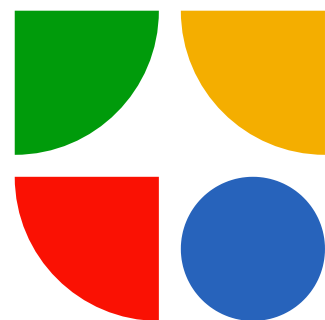
MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO

# SUMÁRIO

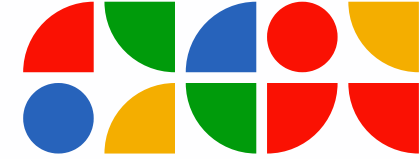


<u>Realização</u>	1
<u>Apresentação</u>	2
<u>Prática 1: Reuniões ordinárias do Colex</u>	4
<u>Prática 2: Reuniões ordinárias dos Colegiados Internos</u>	5
<u>Prática 3: Divulgação das atas do Colex e do Conselho Consultivo</u>	6
<u>Prática 4: Plano de transição entre membros do Colex</u>	7
<u>Prática 5: Capacitação periódica dos membros do Colex</u>	8
<u>Prática 6: Resultados do Plano Diretor Estratégico (PDE)</u>	9
<u>Prática 7: Monitoramento e transparência sobre o tratamento de denúncias</u>	10
<u>Prática 8: Capacitação em ética, integridade e conflito de interesses</u>	11
<u>Prática 9: Matriz de riscos estratégicos</u>	12
<u>Prática 10: Plano de Continuidade de Negócios (PCN)</u>	13
<u>Prática 11: Plano de contingência para impactos das mudanças climáticas e endemias</u>	14
<u>Prática 12: Monitoramento de requisitos de transparência</u>	15
<u>Prática 13: Divulgação pública de compras e contratos</u>	16
<u>Prática 14: Transparência no planejamento e controle de obras</u>	17
<u>Prática 15: Divulgação de currículos dos ocupantes de cargos em comissão e da agenda dos membros do Colex</u>	18
<u>Prática 16: Relatório de gestão para prestação de contas à sociedade</u>	19
<u>Prática 17: Boletim de serviço do hospital</u>	20
<u>Prática 18: Satisfação do ensino</u>	21
<u>Prática 19: Satisfação de usuários SUS</u>	22
<u>Prática 20: Ações voltadas à avaliação de clima organizacional</u>	23
<u>Prática 21: Programa de promoção da saúde do trabalhador</u>	24
<u>Prática 22: Promoção da diversidade, equidade e inclusão</u>	25
<u>Prática 23: Contratação inclusiva de mulheres vítimas de violência</u>	26
<u>Prática 24: Inclusão de critérios de acessibilidade em obras e contratos</u>	27
<u>Prática 25: Atividades com a participação da comunidade local</u>	28
<u>Prática 26: Plano de logística sustentável</u>	29
<u>Prática 27: Inventário de geração de gases de efeito estufa</u>	30
<u>Considerações Finais</u>	31
<u>Referências</u>	31

# SUMÁRIO



<u>Anexo I: Organização e condução de reuniões de colegiados internos da Rede Ebserh</u>	32
<u>Anexo II: Modelo de nota técnica para assuntos deliberativos do Colex</u>	35
<u>Anexo III: Modelo de voto para assuntos deliberativos do Colex</u>	36
<u>Anexo IV: Modelo de ata de reuniões de órgãos da administração/ colegiados internos</u>	37
<u>Anexo V: Plano de transição entre membros do Colegiado Executivo</u>	39
<u>Anexo VI: Relatório de resultados do PDE</u>	42
<u>Anexo VII: Relatório consolidado de denúncias</u>	44
<u>Anexo VIII: Plano anual de capacitação em ética, integridade e conflito de interesses</u>	47
<u>Anexo IX: Termo de ciência sobre código de ética e conflito de interesses e Regulamento de Pessoal da Ebserh</u>	48
<u>Anexo X: Matriz de riscos estratégicos</u>	49
<u>Anexo XI: Plano de Continuidade de Negócios (PCN)</u>	50
<u>Anexo XII: Plano de contingência para impacto das mudanças climáticas e endemias</u>	52
<u>Anexo XIII: Relatório de gestão</u>	54
<u>Anexo XIV: Plano de ação</u>	58
<u>Anexo XV: Plano de logística sustentável</u>	60
<u>Anexo XVI: Relatório de inventário de emissões de gases de efeito estufa</u>	63



## **Presidente:**

Arthur Chioro

## **Vice-Presidente:**

Daniel Beltrammi

## **Realização:**

Coordenadoria de Estratégia e Inovação Corporativa da Vice-Presidência (CEIC/VP)

### **Layout:**

Coordenadoria de Comunicação Social

### **Diagramação:**

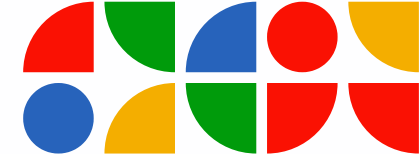
Gislane Sousa Baliza

## **Colaboraram ativamente na elaboração desta edição do Guia, os seguintes profissionais, em ordem alfabética:**

Ailana Rodrigues Lira; Ana Flavia de Souza Sodre; Ana Paula Sarmiento Charao Aureliano; Bruna Letícia Teixeira Ibiapina; Dacileide da Silva; Dayana Ferreira da Fonseca; Denise Motta Dau; Diego Henrique de Souza Rezende; Eloá Todarelli Junqueira; Erivania Virtuoso Rodrigues Ferreira; Francisco Ítalo Lopes França; Gislane Sousa Baliza; Heli Santos Vieira da Costa; Janaina Pontes Cerqueira; João Teles de Menezes Neto; Karen Tiemi Ueda; Leandro Ambrosio Costa; Luciana de Gouvea Viana; Ludinaura Regina Souza dos Santos; Marcio Luis Borsio; Marina Curi; Natália Dias Goivinho Miranda; Niedja Alves Cardonha Lopes; Pedro Costa Ferreira; Pedro Henrique de Moura Santos; Rayanna Silva Carvalho; Reonauto da Silva Souza Junior; Thiago Augusto Betiati; Vanessa Gonçalo Guedes.

**Versão 1 - Setembro/2025**





# Apresentação

O Guia de Práticas de Governança, Sustentabilidade e Responsabilidade Social da Ebserh foi elaborado com o objetivo de apoiar e orientar os hospitais da Rede na implementação, aprimoramento e consolidação de práticas institucionais alinhadas à Estratégia da empresa, às diretrizes da Sede e aos referenciais de excelência adotados pela Administração Pública Federal.

Sua estrutura está fundamentada nos resultados do Instrumento de Verificação de Práticas de Governança, Sustentabilidade e Responsabilidade Social, aplicado em maio de 2025 aos 45 Hospitais Universitários Federais que integram a Rede Ebserh. Esta iniciativa integra o projeto estratégico “Instituição do Modelo de Governança Corporativa da Rede Ebserh”, inserido no Plano de Negócios vigente.

O Guia reúne práticas recomendadas ou observadas nas áreas de governança corporativa e pública, responsabilidade socioambiental, integridade, participação social e sustentabilidade. Com ênfase no contexto hospitalar, oferece orientações práticas para adoção, implementação e aperfeiçoamento.

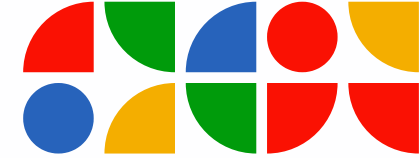
## O documento tem como finalidade:

- Servir de referência técnica para a estruturação de processos e rotinas alinhados às boas práticas de gestão pública;
- Orientar os gestores hospitalares na identificação de oportunidades de melhoria;
- Promover o alinhamento estratégico e normativo entre os hospitais e a Sede da Ebserh;
- Contribuir para elevar o desempenho institucional em indicadores como o IG-SEST (Indicador de Governança da Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais), do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos e o IESGO-TCU (Índice ESG - Environmental, Social and Governance - do Tribunal de Contas da União).





# Apresentação



Este Guia deve ser utilizado como instrumento orientador, sem pretensão de exaurir todas as boas práticas existentes. Seu objetivo é de sistematizar diretrizes e recomendações de forma acessível, contribuindo para decisões mais conscientes, baseadas em evidências e alinhadas às necessidades do contexto hospitalar.

## Recomenda-se que:

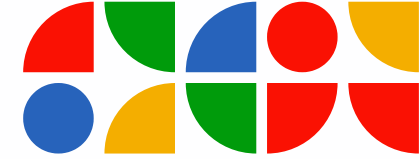
- Os conteúdos sejam avaliados pelas equipes técnicas e gestores hospitalares;
- As práticas sejam implementadas com o objetivo de aperfeiçoar progressivamente a maturidade institucional de cada hospital;
- Novas iniciativas e boas práticas locais sejam documentadas e, quando pertinente, sugeridas para inclusão em versões futuras do Guia.

Mais do que um documento técnico, o Guia é um convite à transformação.

Vamos juntos fortalecer a Rede Ebserh e construir uma gestão pública cada vez mais inovadora, sustentável e integrada!

**Boa leitura.**





## Prática 1

# Reuniões ordinárias do Colex

**O que é:** Reuniões regulares do Colegiado Executivo (Superintendente e Gerentes), com frequência mínima semanal, para deliberar sobre temas estratégicos e sob sua competência.

**Por que adotar:** Decisões colegiadas promovem maior legitimidade e alinhamento estratégico, reduzem riscos de erros individuais e asseguram pluralidade de perspectivas na gestão institucional. Além disso, reduzem significativamente os riscos de fraudes e corrupção, ao diluir o poder individual, aumentar a transparência e fortalecer os mecanismos de controle e responsabilização coletiva.

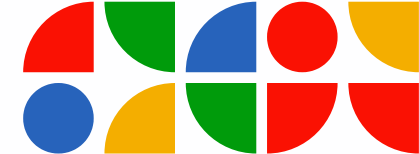
**Área do hospital responsável pela prática:** SEGOV/SUP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** SG/CG/PRES

### Como adotar:

- Estabelecer cronograma anual de reuniões ordinárias semanais;
- Designar profissional responsável por atas e pautas (as pautas devem ser enviadas prioritariamente com uma semana de antecedência, com os respectivos processos para possibilitar a preparação prévia dos membros, conforme orientações sobre condução de reuniões - ANEXO I) - Espera-se que o/a profissional responsável por secretariar as reuniões tenha boa capacidade de organização, comunicação escrita clara, conhecimento das normas institucionais e habilidade para registrar e sistematizar com precisão as pautas e deliberações;
- Para que um assunto seja inserido em pauta é importante que as discussões técnicas e a busca por alinhamento e construção ocorram anteriormente, de forma que a reunião do Colex se configure como momento de deliberação, com espaço para informes;
- Os itens deliberativos devem ser apresentados a partir de nota técnica (ANEXO II) da área demandante/interessada e voto (ANEXO III) do membro do colegiado executivo;
- Incluir itens obrigatórios em pauta:
  1. Plano Diretor Estratégico (PDE), revisões e relatórios de execução, conforme periodicidade definida no Guia de Gestão Estratégica;
  2. Relatórios de: Gerenciamento de Riscos, Controles Internos e Integridade; Segurança da Informação; Disciplinar; Ouvidoria; Auditoria; Recomendações de Órgãos de Controle; Audiências em Ações Cíveis Públicas e Demandas jurídicas relevantes;
  3. Plano de Aplicação de Recursos e Acordo Organizativo de Compromissos, revisões e relatórios de execução;
  4. Resultado das ações de capacitação realizadas pelo hospital;
  5. Relatório de dados de diversidade;
  6. Relatório do Comitê de Segurança da Informação (CSI);
  7. Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) revisões e relatórios de execução;
  8. Plano de Transição entre membros do Colex;
  9. Plano Anual de Compras, conforme Regulamento de Compras e Contratações;
  10. Relatório de acompanhamento das obras, com base nos dados do Módulo de Monitoramento e Gerenciamento de Obras (MMGO-SIG); e
  11. Relatório de incidentes relacionados à assistência à saúde.





## Prática 2

# Reuniões ordinárias dos Colegiados Internos

**O que é:** Reuniões regulares do Comitê de Governança Digital, do Comitê de Segurança da Informação, do Núcleo de Gestão do AGHU, da Comissão de Gerenciamento de Riscos, Controles Internos e Integridade e do Conselho Consultivo, com frequência determinada em portaria de instituição ou regimento, para tratar sobre temas estratégicos e sob sua competência.

**Por que adotar:** O funcionamento de estruturas colegiadas para o tratamento de temas de relevância para o hospital e a Rede Ebserh promovem maior legitimidade e alinhamento estratégico, reduzem riscos de erros individuais e asseguram pluralidade de perspectivas na gestão institucional.

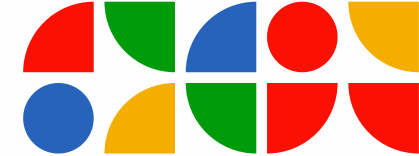
**Área do hospital responsável pela prática:** SEGOV/SUP (Comissão de Gerenciamento de Riscos, Controles Internos e Integridade), SETISD/SUP (Comitê de Governança Digital) e GAS/SUP (Núcleo de Gestão do AGHU).

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** DTI (Comitê de Governança Digital) e DAS (Núcleo de Gestão do AGHU), ACCIGR/PRES (Comissão de Gerenciamento de Riscos, Controles Internos e Integridade) e CSI/SEDE (Comitê de Segurança da Informação).

### Como adotar:

- Estabelecer cronograma de reuniões ordinárias;
- Designar profissional responsável por atas e pautas (as pautas devem ser enviadas prioritariamente com uma semana de antecedência, com os respectivos processos para possibilitar a preparação prévia dos membros) - Espera-se que o/a profissional responsável por secretariar as reuniões tenha boa capacidade de organização, comunicação escrita clara, conhecimento das normas institucionais e habilidade para registrar e sistematizar com precisão as pautas e deliberações; e
- Os colegiados internos devem prever, sempre que possível, a participação de representação dos trabalhadores de diferentes vínculos (CLT e RJU).





## Prática 3

# Divulgação das atas do Colex e do Conselho Consultivo

**O que é:** Publicação periódica no site institucional das deliberações aprovadas nas reuniões colegiadas do hospital.

**Por que adotar:** A prática está alinhada ao princípio da publicidade e à Lei de Acesso à Informação, o que fortalece a transparência e facilita o controle social.

**Área do hospital responsável pela prática:** SEGOV/SUP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** SG/CG/PRES

### Como adotar:

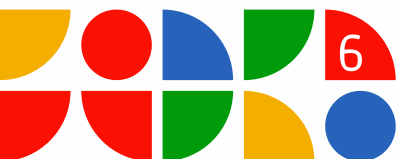
- Elaborar as atas, conforme modelo (ANEXO IV), no Sistema Eletrônico de Informações (SEI);
- Padronizar estrutura das atas com linguagem clara e objetiva, em formato sumário (ANEXO IV);
- Submeter à aprovação nas reuniões seguintes;
- Solicitar a assinatura digital da ata no SEI por todos os membros do colegiado, presentes na referida reunião;
- Publicar no site do hospital em gov.br/ebserh, em até 15 dias após a reunião, as atas assinadas digitalmente no SEI por todos os membros presentes;

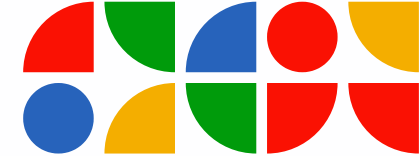
**Caminho:** Governança > Colegiado Executivo > Atas do Colegiado Executivo.

- A publicação deve respeitar a LGPD (Lei nº 13.709/2018), com anonimização de dados pessoais, sensíveis ou sigilosos. A área jurídica (CONJUR) deverá consultada previamente em casos de dúvida quanto à publicidade de informações, especialmente quando envolver dados de pacientes, servidores ou terceiros. A prática pode ser estendida às atas de outros colegiados internos, como Comitê de Governança Digital, Núcleo de Gestão do AGHU, entre outros, conforme aplicável.

### Exemplo:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/diretoria-executiva/atas-da-diretoria-executiva>





## Prática 4

# Plano de transição entre membros do Colex

**O que é:** Instrumento institucional que estabelece ações estruturadas, documentadas e transparentes para a transição entre membros do Colegiado Executivo (Superintendente e Gerentes), com o objetivo de assegurar a continuidade da gestão hospitalar, a preservação da memória organizacional e o cumprimento regular das responsabilidades administrativas e estratégicas durante períodos de mudança de liderança.

**Por que adotar:** A transição de cargos de liderança, se não for planejada, pode comprometer a continuidade de serviços essenciais, gerar perda de informações críticas e afetar o desempenho institucional. A adoção de um plano formal de transição promove transparência, governança, segurança administrativa, continuidade dos projetos estratégicos e conformidade com os princípios da administração pública. A prática está alinhada aos padrões de governança do setor público.

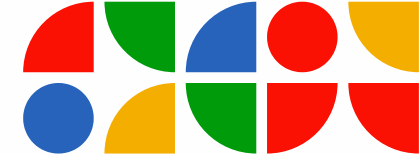
**Área do hospital responsável pela prática:** SEGOV/SUP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** VP

### Como adotar:

- Elaborar e aprovar (com revisões bienais) modelo institucional de Plano de Transição entre membros do Colex (ANEXO V), a ser utilizado sempre que houver mudança formal em cargos de Superintendente e Gerentes;
- O plano deve conter, no mínimo, os seguintes elementos:
  1. Relatório de Situação da Unidade, contendo resumo executivo do PDE, indicadores assistenciais, orçamentários e administrativos, principais projetos em curso, pendências críticas, auditorias em andamento, relatórios de risco e integridade;
  2. Inventário de documentos, sistemas, senhas institucionais e canais de comunicação sob responsabilidade da função;
  3. Agenda de reuniões de passagem entre o titular que encerra o mandato e o novo gestor (inclusive com envolvimento de representantes da Presidência e da Vice-Presidência da Ebserh);
  4. Declaração de ciência e recebimento das informações estratégicas e operacionais por parte do novo gestor;
- Estabelecer prazos e responsáveis para entrega e validação do plano, com apoio das áreas técnicas do hospital (SEGOV, DAF, DIVGP, Jurídico etc.);
- Arquivar o plano e seus anexos no sistema SEI, com acesso restrito, com ciência formal da Superintendência e comunicação à Vice-Presidência da Ebserh; e
- Registrar a transição em ata de reunião do Colegiado Executivo e incluir como item obrigatório nas pautas durante o período de mudança.





## Prática 5

### Capacitação periódica dos membros do Colex

**O que é:** Ações formativas, com periodicidade mínima anual, voltadas à qualificação técnica dos membros do Colex, com foco em governança corporativa, gestão da saúde e do ensino, gestão hospitalar, segurança da informação, políticas públicas, integridade, ética, atividade disciplinar e conflito de interesses.

**Por que adotar:** Atualiza competências gerenciais, promove padronização de práticas e contribui para decisões baseadas em evidências.

**Área do hospital responsável pela prática:**  
UDP/DIVGP/GAD

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:**  
SECAD/CDP/DGP

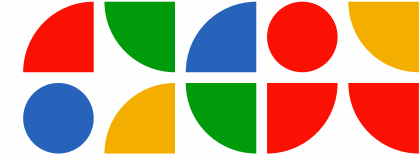
**Como adotar:**

- Realizar diagnóstico de lacunas de competência dos membros do Colegiado e incluir as necessidades identificadas no Plano Anual de Desenvolvimento de Competências;
- Realizar levantamento de oportunidades de capacitação da Rede Ebserh (3EC), de outras instituições públicas (Enap, Fiocruz, Ministério da Saúde, Instituições Federais de Ensino Superior) ou privadas (IBGC, IEP-HSL, FGV, Einstein);

[Link com oportunidades de capacitação mapeadas pela DGP:](https://intranet.ebserh.gov.br/sites/default/files/inline-arquivos/user-630/Cat%C3%A1logo%20de%20cursos%20livres%20(1).pdf)  
[https://intranet.ebserh.gov.br/sites/default/files/inline-arquivos/user-630/Cat%C3%A1logo%20de%20cursos%20livres%20\(1\).pdf](https://intranet.ebserh.gov.br/sites/default/files/inline-arquivos/user-630/Cat%C3%A1logo%20de%20cursos%20livres%20(1).pdf)

- Elaborar cronograma anual de capacitações; e
- Registrar certificados em repositório unificado.





## Prática 6

# Resultados do Plano Diretor Estratégico (PDE)

**O que é:** Instrumento institucional que sistematiza e apresenta os resultados obtidos na execução dos projetos e indicadores locais previstos no Plano Diretor Estratégico (PDE) do hospital, com análise crítica de desempenho e recomendações para ajustes. O relatório deve ser elaborado, no mínimo, a cada quatro meses e submetido à apreciação formal do Colegiado Executivo.

**Por que adotar:** O monitoramento periódico do PDE assegura o acompanhamento sistemático dos objetivos estratégicos da unidade, fortalece a accountability institucional, permite a tomada de decisão baseada em evidências, e promove melhoria contínua na gestão hospitalar. A prática atende às diretrizes do Guia de Gestão Estratégica da Rede Ebserh, que orienta quanto ao monitoramento de projetos, marcos, entregas, riscos e indicadores.

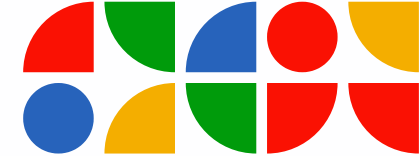
**Área do hospital responsável pela prática:** SEGOV/SUP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** SEGES/CEIC/VP

### Como adotar:

- Consolidar, a cada quadrimestre, as informações atualizadas sobre os projetos estratégicos locais, incluindo marcos cumpridos, entregas realizadas, status de execução, riscos identificados e indicadores de resultado;
- Elaborar um relatório estruturado (ANEXO VI) com análise crítica dos avanços, dificuldades, gargalos e oportunidades de melhoria, com base no PDE vigente e nos dados disponibilizados pelas áreas responsáveis por cada projeto;
- Incluir no relatório:
  1. Quadro-resumo dos projetos (executado vs. planejado);
  2. Situação dos indicadores locais (com base em metas definidas);
  3. Justificativas para o baixo desempenho, tanto na execução do projeto quanto nos resultados do indicador, quando aplicável;
  4. Recomendações para reprogramações, encerramentos ou redirecionamentos;
- Submeter o relatório à apreciação do Colegiado Executivo, com registro em ata e, se necessário, deliberação sobre ajustes no plano;
- Manter o relatório registrado no sistema SEI, com ampla divulgação interna para áreas envolvidas e incorporação ao ciclo de gestão institucional.





## Prática 7

# Monitoramento e transparência sobre o tratamento de denúncias

**O que é:** Diretriz institucional de monitoramento das denúncias recebidas por meio do acompanhamento sistemático de todo o processo de tratamento, incluindo medidas apuratórias, correcionais ou sancionadoras, além da publicação periódica de dados estatísticos consolidados em transparência ativa no site institucional, observando rigorosamente o sigilo legal das informações protegidas.

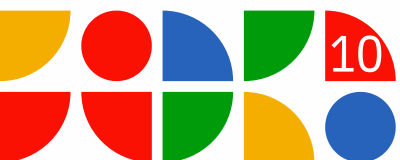
**Por que adotar:** Fortalece a cultura de integridade e transparência institucional, demonstrando à sociedade o compromisso efetivo com a apuração e correção de irregularidades. Facilita o controle social e a prestação de contas, aumentando a confiança pública na instituição, além de assegurar o cumprimento integral das obrigações legais estabelecidas pela Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) e demais normativas aplicáveis, alinhando-se às diretrizes dos órgãos de controle como CGU e TCU.

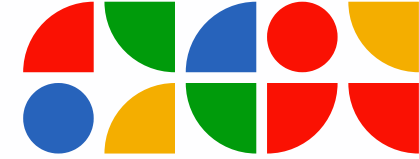
**Área do hospital responsável pela prática:** Ouvidoria do Hospital e ponto focal da Corregedoria

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** Ouvidoria-Geral e COGER/PRES

### Como adotar:

- Orientar a centralização do recebimento das denúncias por meio da Ouvidoria do hospital, com tratamento inicial e classificação conforme normativos internos;
- Elaborar relatórios consolidados trimestrais (ANEXO VII) contendo, no mínimo:
  1. Total de denúncias recebidas no período;
  2. Áreas mais demandadas [assistencial, médica, administrativa];
  3. Categorização por gravidade [leve, média, grave];
  4. Percentual de procedência das denúncias;
  5. Taxa de arquivamento por insuficiência de elementos, ausência de autoria e/ou materialidade;
  6. Distribuição dos tratamentos: arquivamento, investigação preliminar, termo de ajustamento de conduta ou processo administrativo sancionador;
  7. Número de medidas corretivas implementadas [advertência, suspensão, rescisão por justa causa];
  8. Tempo médio entre o recebimento da denúncia e encerramento do tratamento;
  9. Quantidade de denúncias arquivadas por ausência de fundamento;
  10. Denúncias admitidas e em apuração;
  11. Denúncias concluídas (com ou sem aplicação de sanção);
  12. Classificação por área/setor e grau de gravidade;
  13. Tempo médio entre recebimento e encerramento do caso;
  14. Ações corretivas decorrentes, se aplicável;
- Assegurar a anonimização dos dados publicados, evitando identificação de pessoas envolvidas (denunciante, denunciado, testemunhas), conforme a LGPD;
- Publicar o relatório ou painel de dados no site do hospital, preferencialmente em seção própria (ex: "Transparência" ou "Denúncias Recebidas e Tratadas"), com acesso público e linguagem acessível;
- Manter série histórica atualizada e indicar canal institucional de contato para cidadãos que desejem acompanhar os desdobramentos das manifestações ou apresentar novas denúncias.





## Prática 8

# Capacitação em ética, integridade e conflito de interesses

**O que é:** Programa educativo institucional de caráter contínuo, voltado à promoção da cultura da integridade, da conduta ética, do cumprimento normativo e da prevenção ao conflito de interesses entre o público e o privado no exercício da função pública. A capacitação é destinada a todos os agentes que atuam na Ebserh e deve estar alinhada aos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência.

**Por que adotar:** Reforça o compromisso institucional com a ética pública, a integridade e a prevenção de fraudes, condutas irregulares e infrações à Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção). Contribui para a redução de riscos legais, reputacionais e operacionais, além de qualificar a tomada de decisão e o ambiente organizacional. A abordagem do conflito de interesses, conforme previsto na Lei nº 12.813/2013, é essencial para garantir a imparcialidade, a transparência e a confiança na administração pública.

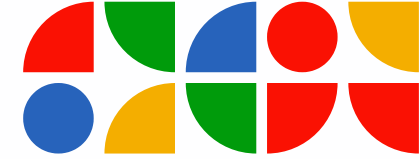
**Área do hospital responsável pela prática:** DIVGP/GAD

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** Comissão de Ética + SCAD/CDP/DGP

### Como adotar:

- Elaborar e manter um programa contínuo de integridade institucional, com agenda anual de ações de capacitação e comunicação interna (ANEXO VIII);
- Desenvolver ou adotar cursos periódicos sobre ética, integridade e conflito de interesses, com conteúdo validado pela Sede;
- Realizar, no mínimo uma vez ao ano, capacitação, obrigatória aos empregados e ocupantes de função gratificada e cargo em comissão, sobre prevenção a conflitos de interesses, com foco em exemplos práticos e diretrizes legais;
- Promover palestras, rodas de conversa e campanhas internas, com participação da Comissão de Ética, unidades de integridade e demais áreas correlatas;
- Garantir comprovação de participação por meio de certificado, assinatura digital ou registro em sistema institucional;
- Inserir como etapa obrigatória da integração de novos empregados:
  1. curso introdutório sobre ética e integridade;
  2. curso introdutório sobre prevenção ao conflito de interesses;
  3. assinatura de termo de ciência (ANEXO IX) dos seguintes documentos institucionais: Código de Ética e Conduta da Ebserh; Regulamento de Pessoal da Ebserh, que estabelece os direitos e deveres dos empregados; e Norma Operacional de Controle Disciplinar, que define as repercussões aplicáveis em caso de descumprimento;
- Monitorar a adesão e atualizar os conteúdos conforme recomendações da CGU, da Sede e dos normativos internos.





## Prática 9

# Matriz de riscos estratégicos

**O que é:** Ferramenta estruturada de gestão que reúne os riscos estratégicos prioritários da unidade hospitalar, ou seja, aqueles que podem comprometer diretamente o alcance dos objetivos estratégicos da Rede Ebserh, bem como as iniciativas definidas no Plano Diretor Estratégico (PDE). A matriz considera a probabilidade de ocorrência e o impacto potencial dos riscos, e define ações preventivas e de tratamento correspondentes. Deve abranger os cinco pilares do mapa estratégico da Rede Ebserh: Sociedade; Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (ASG); Desenvolvimento Institucional; Sustentabilidade Financeira; Desenvolvimento do Trabalhador.

Para manter a eficácia da ferramenta, recomenda-se que a matriz contenha entre 10 e 20 riscos estratégicos principais no âmbito do hospital. Riscos de natureza operacional ou setorial devem ser monitorados em matrizes específicas, sob responsabilidade das áreas técnicas.

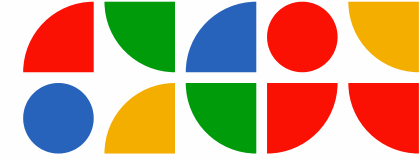
**Por que adotar:** A prática fortalece a governança institucional e a gestão proativa de riscos, promovendo prevenção de falhas, melhoria de controles internos e embasamento técnico à tomada de decisões estratégicas. Está alinhada ao modelo COSO-ERM e aos princípios da ISO 31000:2018, que estabelece fundamentos como: integração da gestão de riscos à cultura e aos processos organizacionais; envolvimento da alta liderança e das áreas críticas na avaliação e resposta aos riscos; abordagem estruturada, cíclica e baseada em evidências; e comunicação contínua e atualização permanente diante de mudanças internas ou externas.

**Área do hospital responsável pela prática:** SEGOV/SUP e Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** ACCIGR/PRES

- **Como adotar:**
- Realizar levantamento e identificação dos riscos relevantes à missão institucional do hospital, conduzida pelo SEGOV com envolvimento da Comissão de Gestão de Riscos, se houver;
- Aplicar critérios de análise e avaliação de riscos (probabilidade x impacto), observando parâmetros definidos em normativos internos ou pela ACCIGR/PRES;
- Associar os riscos estratégicos identificados aos objetivos estratégicos da Rede Ebserh;
- Definir ações de tratamento (mitigação, transferência, aceitação ou eliminação), conforme o tipo e o nível do risco;
- Consolidar os dados na Matriz de Riscos Estratégicos do Hospital (ANEXO X), classificando os riscos por criticidade, unidade responsável, status da resposta e prazo de monitoramento;
- Submeter a matriz à apreciação formal do Colex; e
- Atualizar a matriz anualmente ou sempre que houver mudanças relevantes, como: incidentes significativos ou eventos adversos; recomendações de auditoria; alterações no contexto legal, regulatório ou institucional; revisões do PDE ou do Plano de Continuidade de Negócios (PCN).





## Prática 10

# Plano de Continuidade de Negócios (PCN)

**O que é:** Plano institucional que define ações para assegurar a manutenção de atividades essenciais em contextos de crise, desastre ou interrupção significativa.

**Por que adotar:** Garante resiliência, segurança assistencial e conformidade com padrões como ISO 22301 e IESGo-TCU.

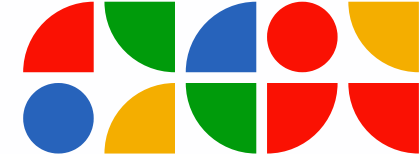
**Área do hospital responsável pela prática:** SEGOV/SUP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** ACCIGR/PRES

### Como adotar:

- Mapear funções críticas e interdependências;
- Criar planos alternativos e fluxos contingenciais (ANEXO XI);
- Realizar exercícios simulados semestrais;
- O plano deve estabelecer um fluxo claro de comunicação e tomada de decisão durante a ocorrência de incidentes, contemplando o acionamento obrigatório das instâncias da sede nos seguintes cenários:
  1. CCS/PRES (Comunicação Social) e ACCIGR/PRES (Gestão de Riscos e Continuidade) em casos com potencial repercussão externa ou exposição midiática;
  2. CONJUR/PRES (Consultoria Jurídica) em casos que envolvam repercussões jurídicas, riscos legais ou potenciais litígios decorrentes do incidente.





## Prática 11

# Plano de contingência para impactos das mudanças climáticas e endemias

**O que é:** Instrumento de planejamento preventivo e adaptativo que identifica riscos climáticos e epidemiológicos relevantes, propondo estratégias específicas de resposta a eventos extremos associados às mudanças do clima, tais como inundações, escassez hídrica, ondas de calor, falhas de fornecimento energético, surtos de endemias sensíveis ao clima (como dengue, Zika e chikungunya), ou danos à infraestrutura hospitalar. O plano deve estar articulado à política ambiental e ao sistema de gestão de riscos da unidade hospitalar.

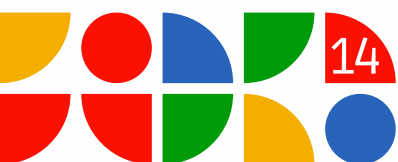
**Por que adotar:** Hospitais públicos estão expostos a impactos diretos e indiretos das mudanças climáticas e sanitárias, que podem afetar desde a segurança dos pacientes e trabalhadores até a capacidade assistencial e logística. A antecipação e o preparo frente a esses cenários fortalecem a resiliência organizacional, garantem a continuidade dos serviços essenciais e contribuem para o cumprimento de diretrizes ESG, ambientais e sanitárias, conforme previsto no IESGo-TCU, Diretrizes GRI OCDE, Política Nacional sobre Mudança do Clima (Lei nº 12.187/2009), Lei 14.904/2024 e Resolução Conama.

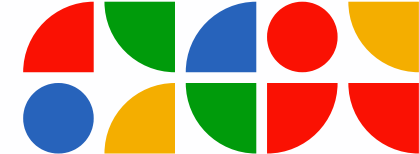
**Área do hospital responsável pela prática:** DLIH/GAD e SEGOV/SUP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** VP, DAI, ACCIGR/PRES

### Como adotar:

- Realizar diagnóstico de vulnerabilidade climática e epidemiológica local, com base em histórico de eventos, projeções meteorológicas e condições urbanas e ambientais;
- Mapear os setores hospitalares mais sensíveis e os impactos potenciais sobre pacientes, equipamentos, insumos, energia, estrutura física e cadeia logística;
- Incluir no plano (ANEXO XII) cenários como:
  1. Eventos hidrometeorológicos (enchentes, deslizamentos, secas);
  2. Calor extremo e colapsos elétricos;
  3. Surtos de doenças endêmicas relacionadas ao clima (ex: arboviroses);
- Desenvolver planos de ação específicos para cada cenário, incluindo:
  4. Protocolos de comunicação e acionamento de emergência;
  5. Reorganização de rotas e áreas internas;
  6. Acordos prévios com fornecedores críticos e prestadores de serviços de apoio;
  7. Procedimentos para controle vetorial e vigilância epidemiológica;
- Integrar o plano de contingência com os demais planos institucionais:
  8. Plano de Continuidade de Negócios (PCN);
  9. Plano de Logística Sustentável (PLS);
  10. Plano Diretor Estratégico (PDE);
- Estabelecer protocolo de monitoramento climático e epidemiológico, utilizando alertas oficiais (ex: INMET/MAPA, CEMADEN/MCTI, Defesa Civil, Secretaria de Saúde); e
- Promover treinamentos e simulações periódicas com as equipes assistenciais, administrativas e operacionais, priorizando cenários de risco climático e endêmico.





## Prática 12

# Monitoramento de requisitos de transparência

**O que é:** Adoção de rotina institucional para verificar periodicamente o cumprimento dos requisitos de transparência ativa e passiva, conforme parâmetros da Controladoria-Geral da União (CGU) e legislação vigente, incluindo a publicação de relatórios anuais de acesso à informação e o atendimento pleno às exigências do Painel de Transparência Ativa.

**Por que adotar:** Fortalece o compromisso com a transparência pública, a integridade institucional e o controle social, além de assegurar conformidade com a Lei nº 12.527/2011 (LAI), o Decreto nº 10.540/2020 (transparência nos sistemas estruturantes) e os critérios avaliativos da CGU e dos órgãos de controle. Contribui diretamente para o cumprimento dos requisitos do eixo "Integridade e Transparência" do IESGo-TCU.

Acórdão nº 391/2023 – TCU – Plenário (23477.008882/2022-74)

"9.2.2.3. disponibilizar no seu portal da internet, em destaque na página inicial ou na página de Acesso à Informação, botão específico da funcionalidade de Pesquisa Pública da ferramenta de processo eletrônico, a exemplo dos Ministérios da Economia (<https://www.gov.br/economia/ptbr/acesso-a-informacao/sei>) e do Desenvolvimento Regional (<https://www.gov.br/mdr/pt-br/acesso-a-informacao/sistema-eletronico-de-informacoes-sei>);"

**Área do hospital responsável pela prática:** Ouvidoria do hospital

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** Ouvidoria-Geral

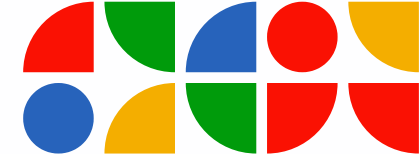
**Como adotar:**

- Realizar, no mínimo semestralmente, consulta ao Painel de Transparência Ativa da CGU (<https://centralpaineis.cgu.gov.br/visualizar/lai>) e registrar evidência (print da tela com data e percentual de cumprimento);
- Elaborar plano de ação corretiva caso algum requisito esteja abaixo de 100%;
- Publicar, até 31 de março de cada ano, o Relatório Anual da Autoridade de Monitoramento: trata-se do relatório anual sobre o cumprimento das obrigações previstas na Lei de Acesso à Informação, nos termos do art. 67, inciso II, do Decreto nº 7.724/2012. O Relatório deve ser elaborado com os dados referentes ao ano anterior e conforme modelo disponível no Guia de Transparência Ativa da CGU;
- Disponibilizar o relatório no site institucional do hospital, em seção visível:

**Caminho:** Acesso à informação > Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) > Relatório Anual da Autoridade de Monitoramento.

- Manter atualizados os dados obrigatórios da transparência ativa;
- Registrar evidências das publicações e do monitoramento para eventual auditoria ou avaliação da CGU;
- Sugerir treinamentos específicos relacionados à transparência; e
- Elaborar trimestralmente relatório interno a ser apresentado ao Colex/Direx.





## Prática 13

# Divulgação pública de compras e contratos

**O que é:** Publicação digital de informações relacionadas a procedimentos de aquisição de bens, contratação de serviços e obras, alienação de bens e alterações contratuais atualizadas, em cumprimento à Lei de Acesso à Informação.

**Por que adotar:** Promove transparência ativa, fortalece o controle social e atende exigências legais.

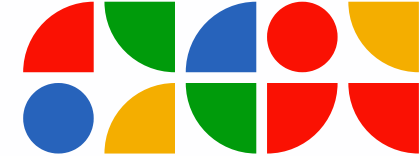
**Área do hospital responsável pela prática:** SAD/DAF/GAD

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** SCC/CAD/DAI

### Como adotar:

- Promover atualização frequente (conforme orientações da cartilha do TCU considera-se que as informações estão atualizadas quando as mais recentes datarem de, no máximo, 30 dias da data em que for realizada a consulta) na plataforma Contratos.gov;
- Observar o Guia de Transparência Ativa da CGU, no que for pertinente e o Regulamento de Compras e Contratos da Ebserh (RCC) vigente.





## Prática 14

# Transparência no planejamento e controle de obras

**O que é:** Consiste na utilização sistemática do Módulo de Monitoramento e Gerenciamento de Obras (MMGO-SIG) para registrar, acompanhar e dar publicidade a todas as fases das obras de infraestrutura da Ebserh. A prática inclui a divulgação proativa de informações como o plano de obras, status de execução, informações orçamentárias e financeiras, aditivos contratuais, diários de obras e relatórios de fiscalização.

**Por que adotar:** A transparência na gestão de obras públicas é um pilar da boa governança, pois fortalece o controle social, previne irregularidades e assegura o uso eficiente dos recursos públicos. A centralização das informações no MMGO-SIG promove a padronização, a integridade dos dados e a tomada de decisão baseada em evidências, alinhando-se às diretrizes do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a fiscalização de obras públicas e aos princípios da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011).

**Área do hospital responsável pela prática:** DLIH/GAD

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** CIH/DAI

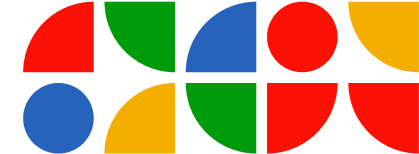
### Como adotar:

- Registro obrigatório no MMGO-SIG: garantir que todas as obras, reformas e ampliações, independentemente do porte, sejam cadastradas e tenham suas informações sistematicamente atualizadas no MMGO-SIG desde a fase de planejamento até a conclusão;
- Designação de responsáveis: formalizar, via ordem de serviço, os fiscais de contrato e os profissionais responsáveis pela alimentação e atualização dos dados no sistema, assegurando capacitação contínua sobre a ferramenta;
- Publicação ativa no site institucional: divulgar, de forma clara e acessível ao cidadão:
  1. O Plano Anual de Obras e Reformas do hospital;
  2. Um painel ou relatório simplificado, extraído do MMGO-SIG, com o andamento das principais obras, incluindo percentual de execução física e financeira;
  3. Links para os contratos e aditivos publicados no Portal da Transparência ou na plataforma ComprasNet Contratos.

Caminho: Acesso à Informação > Obras e Infraestrutura.

- Relatório Anual de Gestão: consolidar os principais avanços, investimentos e desafios na área de infraestrutura no Relatório de Gestão anual, utilizando as informações do MMGO-SIG como fonte oficial.





## Prática 15

# Divulgação de currículos dos ocupantes de cargos em comissão e da agenda dos membros do Colex

**O que é:** Publicação no site institucional dos dados resumidos de formação acadêmica e experiência profissional dos gestores nomeados e da agenda dos membros do Colex.

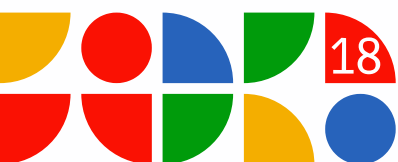
**Por que adotar:** Promove transparência sobre os critérios de nomeação e fortalece a credibilidade institucional junto à sociedade e sobre os trabalhos realizados. A Lei de Conflito de Interesses (Lei nº 12.813/2013) e o Decreto nº 10.889/2021 estabelecem quais agentes públicos do Poder Executivo federal devem publicar suas agendas de compromissos públicos. São eles: autoridades do Poder Executivo federal ocupantes de cargos iguais, equivalentes ou superiores ao de Direção e Assessoramento Superior (DAS) de nível 5 (Cargo Comissionado Executivo CCE-15 ou Função Comissionada Executiva FCE-15), e seus substitutos (durante o período de substituição).

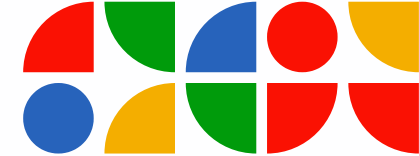
**Área do hospital responsável pela prática:** currículo (DIVGP/GAD) e agenda (Secretaria Colex)

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** currículo (DGP) e agenda (Ouvidoria-Geral)

### Como adotar:

- Coletar, validar e publicar os currículos sintéticos com os respectivos ocupantes de cargos em comissão, em até 10 dias de sua nomeação;
- Coletar, validar e publicar diariamente as agendas dos membros do Colegiado Executivo (Superintendentes e Gerentes);
- Atualizar página institucional do hospital com informações padronizadas, conforme padrão adotado pela Sede, disponível no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/composicao/administracao-central/quem-e-quem>
- Manter atualização contínua, em caso de mudanças;
- Arquivar agendas e currículos anteriores por, pelo menos, 5 anos, assegurando série histórica pública;
- Adotar checklist de conferência e fluxo de aprovação interno para assegurar consistência e precisão dos dados publicados;
- Observar as diretrizes da CGU, TCU e do Guia de Transparência Ativa.





## Prática 16

# Relatório de gestão para prestação de contas à sociedade

**O que é:** Documento institucional anual de caráter público que consolida os resultados assistenciais, de ensino, de pesquisa, ambientais, financeiros e administrativos do hospital, com o objetivo de prestar contas à sociedade e promover a transparência ativa. Alinhado aos Padrões GRI (Global Reporting Initiative), adota uma abordagem integrada de governança, desempenho e impacto socioambiental.

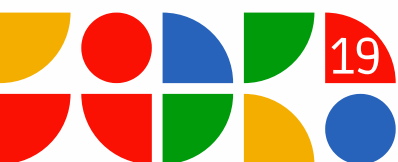
**Por que adotar:** A prática reforça a legitimidade, a confiança pública e o controle social sobre a gestão hospitalar, além de promover a prestação de contas voluntária e sistemática sobre os impactos econômicos, sociais e ambientais da unidade. Está alinhada à Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), às diretrizes do IESGo-TCU, às recomendações da CGU e aos princípios da GRI, ampliando o acesso à informação e fortalecendo a cultura de integridade e transparência.

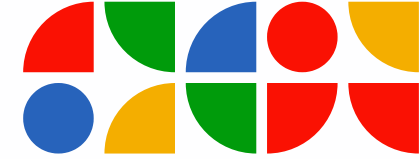
**Área do hospital responsável pela prática:** SEGOV/SUP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** ACCIGR/PRES

### Como adotar:

- Utilizar o Template (ANEXO XIII) como base de estruturação do relatório, organizando os conteúdos pelos seguintes blocos principais:
  1. Capa, Sumário, Mensagem do(a) Superintendente;
  2. Apresentação institucional ("Sobre o HUF e a Ebserh");
  3. Principais avanços;
  4. Resultados por dimensão estratégica: assistência, ensino, pesquisa, governança, gestão de pessoas, sustentabilidade ambiental, inovação, orçamento e riscos;
  5. Principais desafios para o ano seguinte;
- Incorporar indicadores institucionais e séries históricas, constantes nos seguintes instrumentos de gestão: Plano Diretor Estratégico (PDE), Acordo Organizativo de Compromissos (AOC) e Contrato de Objetivos;
- Estruturar o conteúdo com base nos princípios GRI (Global Reporting Initiative): Precisão, clareza, confiabilidade, contextualização, comparabilidade, regularidade e participação das partes interessadas;
- Incluir, sempre que possível:
  6. Análise de materialidade (temas mais relevantes para as partes interessadas);
  7. Indicadores ESG e desempenho ambiental (energia, água, resíduos, emissões);
  8. Resultados de ouvidoria e pesquisas de satisfação;
  9. Principais riscos e medidas preventivas associadas;
- Submeter o conteúdo à deliberação do Colex, registrar no SEI e publicar no site institucional com linguagem acessível e formato navegável, até o primeiro quadrimestre do ano seguinte ao exercício;
- Estabelecer cronograma anual de coleta de dados e consolidação do relatório, envolvendo as gerências, divisões e áreas técnicas; e
- Apresentar o relatório à comunidade acadêmica, por meio do Conselho Consultivo.





## Prática 17

# Boletim de Serviço do Hospital

**O que é:** Publicação periódica, em meio eletrônico oficial, do Boletim de Serviço do hospital, contendo os atos administrativos praticados pela Superintendência e Gerências. O boletim é um instrumento de transparência ativa, destinado à publicidade institucional dos atos normativos, designações, portarias e demais deliberações formais.

**Por que adotar:** A publicação do Boletim de Serviço atende à Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), aos princípios da administração pública (art. 37 da Constituição Federal) e às diretrizes da transparência da Ebserh. Essa prática garante segurança jurídica, visibilidade dos atos de gestão, padronização institucional e fortalecimento do controle social sobre os atos administrativos do hospital.

**Área do hospital responsável pela prática:** SEGOV/SUP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** SG/CG/PRES

### Como adotar:

- Instituir rotina de compilação periódica dos atos administrativos formalizados em portarias, Resoluções do Colegiado Executivo ou outros documentos oficiais que demandem publicação, emitidos pela Superintendência e pelas Gerências (GEP, GAD, GAS);
- Editar o conteúdo no formato padronizado do Boletim de Serviço, com numeração sequencial, capa, sumário e atos publicados;
- Instituir rotina de publicação, no mínimo semanal, dos atos administrativos, podendo a periodicidade ser adequada conforme a necessidade, com a recomendação de que os atos sejam publicados, preferencialmente, em até 3 dias úteis após assinatura;
- Garantir a publicação eletrônica do boletim no site institucional do hospital, conforme realizado pela sede, exclusivamente na seção:

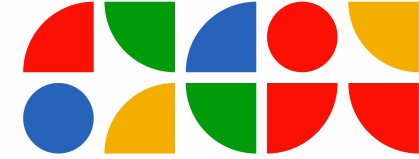
**Caminho:** Acesso à informação > Boletim de Serviço

- Assegurar que todos os boletins permaneçam disponíveis para consulta pública de forma permanente, com acesso simples e ordenado por data;
- Arquivar cópia digital e versão SEI para controle interno e eventual auditoria.

**Atenção:** Boletins e atos administrativos publicados não devem ser alterados ou suprimidos de forma arbitrária após sua divulgação. Qualquer retificação, revogação ou correção deve ser realizada por meio de ato próprio publicado em novo boletim, de modo a garantir a rastreabilidade, integridade documental e segurança jurídica.

A exceção admitida à republicação ocorre nos casos em que houver divulgação indevida de dado pessoal ou sensível, cuja anonimização não tenha sido previamente adotada. Nestes casos, deve-se proceder à substituição do documento conforme protocolo definido pela Sede, com registro formal do motivo e versão anterior arquivada.





## Prática 18

# Satisfação do Ensino

**O que é:** Avaliação periódica da qualidade dos cenários de práticas de aprendizagem oferecidos aos graduandos, estudantes do ensino técnico, residentes e docentes/preceptores.

**Por que adotar:** Contribui para a melhoria dos cenários de prática, promovendo ambiente de aprendizagem mais qualificado.

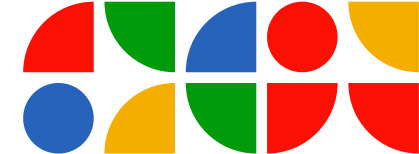
**Área do hospital responsável pela prática:** Ouvidoria do Hospital + GEP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** Ouvidoria-Geral + DEPI

### Como adotar:

- Aplicar questionários durante os ciclos formativos, conforme orientações da Ouvidoria-Geral;
- Analisar os dados com a Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Elaborar e divulgar plano de ação (ANEXO XIV) com base nos resultados;
- Monitorar trimestralmente o plano de ação de melhorias;
- Elaborar relatório anual para apresentação ao Colex até março do ano subsequente.





## Prática 19

# Satisfação de Usuários SUS

**O que é:** Avaliação periódica da satisfação dos usuários do hospital, visando melhoria contínua da experiência assistencial.

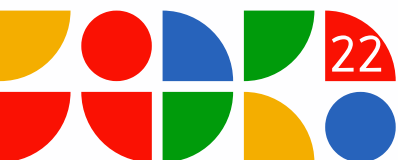
**Por que adotar:** Possibilita ao Colex atender ao princípio da participação social e a fornecer subsídios para qualificar os serviços e orientar políticas internas.

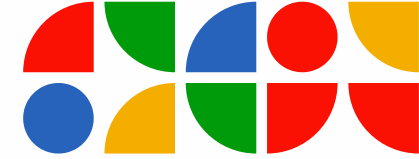
**Área do hospital responsável pela prática:** Ouvidoria do Hospital

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** Ouvidoria-Geral

### Como adotar:

- Aplicar questionários durante os ciclos, conforme orientações da Ouvidoria-Geral;
- Analisar os dados com a Gerência de Atenção à Saúde;
- Elaborar e divulgar plano de ação (ANEXO XIV) com base nos resultados;
- Monitorar trimestralmente o plano de ação de melhorias;
- Elaborar relatório anual para apresentação ao Colex até março do ano subsequente.





## Prática 20

### Ações voltadas à avaliação de Clima Organizacional

**O que é:** Levantamento das percepções dos trabalhadores sobre aspectos como ambiente e relações de trabalho, gestão de pessoas, comunicação e bem-estar.

**Por que adotar:** Identifica oportunidades de melhoria na cultura organizacional e orienta ações de valorização dos profissionais.

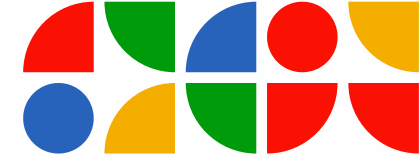
**Área do hospital responsável pela prática:** DIVGP/GAD

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:**  
DGP

**Como adotar:**

- Elaborar questionário anônimo com apoio especializado;
- Aplicar a cada dois anos para todos (as) os trabalhadores (as);
- Analisar resultados e elaborar plano de ação (ANEXO XIV) de melhoria;
- Divulgar os resultados consolidados aos (às) trabalhadores (as);
- Elaborar relatório bienal, com plano de ação, para apresentação ao Colex até março do ano subsequente.





## Prática 21

# Programa de promoção de saúde do trabalhador

**O que é:** Conjunto estruturado de ações institucionais voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento contínuo da saúde física, mental e nutricional dos trabalhadores do hospital, articulando campanhas temáticas, triagens, programas de escuta qualificada, ações educativas e intervenções específicas vinculadas à qualidade de vida no trabalho.

**Por que adotar:** Está alinhada à diretriz de valorização das pessoas, reduz o adoecimento laboral e o absenteísmo, melhora o clima organizacional e contribui para o desempenho institucional sustentável. Está em consonância com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT – Portaria MS nº 1.823/2012), e com as diretrizes de promoção da saúde nos ambientes organizacionais previstas no IESGo-TCU e na Agenda 2030 (ODS 3 e ODS 8).

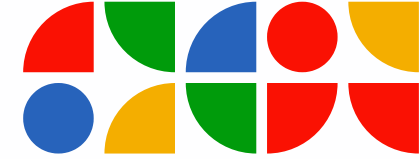
**Área do hospital responsável pela prática:** USOST/DIVGP

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** DGP

### Como adotar:

- Estruturar um programa institucional permanente sob coordenação da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, com planejamento anual estratégias e de ações;
- Realizar campanhas e formação permanente educativa e preventiva abordando:
  1. Saúde mental e prevenção do suicídio (ex: setembro amarelo);
  2. Estímulo à atividade física e ergonomia;
  3. Alimentação saudável e combate a doenças crônicas;
  4. Prevenção de LER/DORT, ansiedade, depressão, burnout;
- Desenvolver ações de escuta ativa e apoio psicológico (ex: rodas de conversa, acolhimento psicossocial, canais de escuta);
- Ofertar triagens de saúde com aferição de sinais vitais, orientações nutricionais e encaminhamentos preventivos;
- Promover campanhas de imunização e/ou incentivar a vacinação para doenças imunopreveníveis;
- Cooperar com a CIPA;
- Implementar as medidas preventivas previstas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e ações indicadas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO);
- Registrar as ações realizadas, participantes, impactos percebidos e indicadores de adoecimento e afastamento;
- Divulgar periodicamente as ações nos canais internos e no site institucional, reforçando o compromisso com o cuidado à saúde dos profissionais.





## Prática 22

# Promoção da Diversidade, Equidade e Inclusão

**O que é:** A adoção de práticas de promoção da diversidade, equidade e inclusão incluem políticas afirmativas de ascensão e o acompanhamento da proporcionalidade de mulheres e de pessoas pretas ocupando cargos de liderança e a divulgação de tais informações, o acompanhamento do percentual de pessoas com deficiência e a realização de capacitações, campanhas e ações de sensibilização sobre o tema.

**Por que adotar:** Está em consonância com os Objetivos Estratégicos de valorização dos(as) trabalhadores(as) e responsabilidade social previstos no Mapa Estratégico da Rede Ebserh, que gerou o projeto estratégico “Ebserh para todas as Pessoas”. Contribui significativamente para a redução das desigualdades estruturais e o fortalecimento de uma cultura organizacional verdadeiramente inclusiva, eliminando barreiras sistêmicas que impedem a ascensão profissional de grupos historicamente marginalizados. A prática assegura oportunidades equitativas de desenvolvimento e crescimento profissional, promove maior representatividade nos espaços de tomada de decisão e alinha a governança institucional às melhores práticas globais de diversidade e inclusão. Além de cumprir obrigações legais como a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) e a legislação sobre cotas para pessoas com deficiência, a medida aumenta a inovação através da diversidade de perspectivas, fortalece a imagem institucional e contribui para a prestação de serviços de saúde mais sensíveis e adequados à diversidade da população atendida. Ademais, reforça o compromisso institucional assumido com a Adesão ao Protocolo do Pacto pela Diversidade, Equidade e Inclusão das Empresas Estatais, do Programa Pró - equidade de Gênero e Raça, do qual a Ebserh é signatária, e da “Política de Prevenção e Enfrentamento a todas as formas de assédio e discriminação na Ebserh.” Além disso, alinha-se à Lei 14.611/2023 que dispõe sobre a igualdade salarial e de critérios remuneratórios entre mulheres e homens.

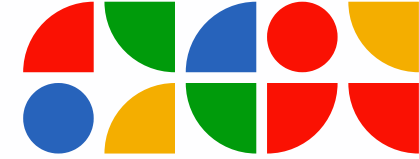
Área do hospital responsável pela prática: UDP/DIVGP/GAD

Área da sede responsável pelas diretrizes da prática: SERET/CDP/DGP

### Como adotar:

- Estabelecer processo de monitoramento de perfil dos(as) trabalhadores(as) e ocupação dos cargos em comissão e funções gratificadas;
- Implementar coleta de dados auto-declaratórios sobre raça/cor, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e deficiência
- Definir percentuais-alvo de curto, médio e longo prazo para equiparação;
- Publicar e apresentar periodicamente ao Colex relatório com indicadores, metas e ações propostas para atingir as metas no âmbito do hospital (os dados devem ser extraídos do SIGP);
- Seguir diretrizes da Administração para implementação de comitê de diversidade, equidade e inclusão no âmbito do hospital; e
- Criar projeto local no PDE com o objetivo de implementar processos e práticas relacionados a promoção da diversidade, da equidade & da inclusão no âmbito do hospital consoante modelos emanados pela Sede.





## Prática 23

# Contratação inclusiva de mulheres vítimas de violência

**O que é:** Diretriz institucional de contratação afirmativa que promove a inserção prioritária de mulheres em situação de vulnerabilidade social decorrente de violência doméstica, familiar ou de gênero nos contratos terceirizados com prestação de mão de obra exclusiva. A prática estabelece critérios específicos nos processos licitatórios para que as estimular as empresas contratadas ofereçam oportunidades de trabalho e renda a esse público prioritário, garantindo a contratação de no mínimo 8% de mulheres em situação de violência, essa política afirmativa estimula a inserção de mulheres em situação de vulnerabilidade nos contratos com mão de obra exclusiva.

**Por que adotar:** Fortalece o compromisso institucional com a responsabilidade social e as políticas públicas de proteção à mulher, promovendo autonomia econômica, empoderamento feminino, justiça social e transformação cultural. A medida contribui para a reinserção social dessas mulheres através da geração de trabalho e renda, favorecendo sua independência econômica e autonomia pessoal. Além disso, alinha-se às diretrizes da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) e do Decreto 12.516/2025, às políticas nacionais de enfrentamento à violência contra a mulher e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, especialmente o ODS 5 (Igualdade de Gênero) e ODS 8 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico), demonstrando liderança institucional em responsabilidade social. Contribui para promover a autonomia econômica, o empoderamento feminino, enfrentamento à violência de gênero, justiça social, responsabilidade institucional e para as políticas públicas e a transformação cultural.

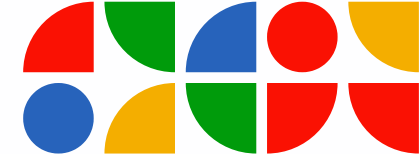
Área do hospital responsável pela prática: DLIH/GAD

Área da sede responsável pelas diretrizes da prática: CIH/DAI e DGP

### Como adotar:

- Seguir as diretrizes específicas da sede nos editais de licitação com critérios claros para contratação inclusiva de contratação de no mínimo 8% de mulheres em situação de violência;
- Firmar parcerias com os Organismos de Políticas para as Mulheres (Secretarias Estaduais de Políticas para as Mulheres ou onde não houver órgão similar);
- Monitorar estratégias da contratada de apoio psicossocial durante o vínculo empregatício; e
- Monitorar indicadores de contratação inclusiva (número de mulheres contratadas a partir de contratos com cláusulas inclusivas; e percentual número de mulheres contratadas a partir de contratos com cláusulas inclusivas).





## Prática 24

# Inclusão de critérios de acessibilidade em Obras e Contratos

**O que é:** Inserção obrigatória de cláusulas que assegurem conformidade com as normas de acessibilidade em projetos, obras e serviços de engenharia, especialmente: ABNT NBR 9050, ABNT NBR 16537 e a Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

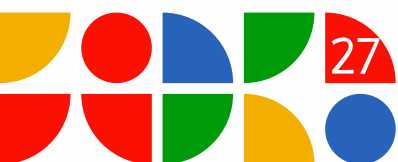
**Por que adotar:** Garante inclusão de pessoas com deficiência, evita passivos legais e cumpre a legislação vigente (Lei 10.098/2000 e NBR 9050).

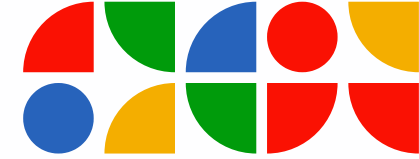
**Área do hospital responsável pela prática:** SIF/DLIH/GAD

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** SMPO/CIH/DAI

### Como adotar:

- Prever exigência nos termos de referência e editais;
- Fiscalizar a elaboração dos projetos e execução das obras conforme as normas técnicas; e
- Como condição para o aceite definitivo da obra ou serviço, o contratado deverá apresentar Laudo de Acessibilidade, elaborado por profissional legalmente habilitado, atestando a conformidade do projeto e da execução com as normas e legislações mencionadas.





## Prática 25

### Atividades com a participação da comunidade local

**O que é:** São atividades realizadas pelo hospital para a comunidade local onde são desenvolvidas ações educativas acerca de temas relevantes para a saúde local.

**Por que adotar:** As ações que envolvem a participação da comunidade local são essenciais para fortalecer o vínculo entre o hospital e a população, promovendo impactos positivos no território em que está inserido.

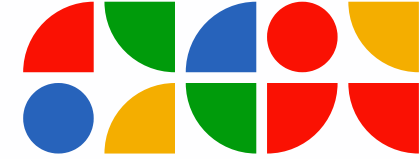
**Área do hospital responsável pela prática:** DIVGC/GAS

**Área da sede responsável pelas diretrizes da prática:** SGCA/CGC/DAS

**Como adotar:**

- Realizar ações educativas, campanhas, oficinas;
- Realizar mutirões para redução de filas da Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, alinhado às diretrizes da Sede e a iniciativas como o Ebserh em Ação;
- Formalizar a realização das atividades e monitorar os resultados das ações; e
- Participar dos debates promovidos pelo Conselho de Saúde (Local ou Municipal).





## Prática 26

# Plano de Logística Sustentável

**O que é:** Instrumento de planejamento, execução e monitoramento da sustentabilidade institucional, com foco na racionalização do uso de recursos naturais (energia, água), na redução de resíduos sólidos e na adoção de critérios socioambientais em compras e serviços hospitalares. O plano contempla também o estabelecimento de metas quantitativas para eficiência energética e gestão de resíduos, articuladas com ações práticas e indicadores de desempenho.

**Por que adotar:** Fortalece o compromisso com a eficiência administrativa e responsabilidade ambiental, gera economia de recursos públicos, melhora a qualidade ambiental dos serviços hospitalares e assegura conformidade com a Instrução Normativa SLTI nº 10/2012, a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010), os referenciais do IESGo-TCU e os padrões internacionais de relatórios de sustentabilidade (GRI, 2021).

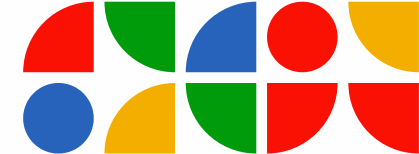
Área do hospital responsável pela prática: DLIH/GAD

Área da sede responsável pelas diretrizes da prática: CIH/DAI

### Como adotar:

- Realizar diagnóstico institucional de consumo de energia, água e geração de resíduos por setor;
- Estabelecer plano (ANEXO XV) com metas mensuráveis para redução de consumo e descarte, por tipo de recurso natural;
- Estabelecer ações corretivas e de melhoria, como automação, otimização de rotinas, capacitação e contratos sustentáveis, associadas às metas, com cronograma de execução e responsáveis definidos;
- Realizar campanhas internas de sensibilização e engajamento dos profissionais; e
- Monitorar indicadores e revisar o plano anualmente com base em resultados, auditorias e novos desafios.





## Prática 27

# Inventário de geração de gases de efeito estufa

**O que é:** Ferramenta de monitoramento ambiental que quantifica as emissões diretas e indiretas de gases de efeito estufa geradas pelas atividades hospitalares, considerando fontes como consumo de energia elétrica, combustíveis, transporte institucional, resíduos e insumos utilizados no dia a dia da unidade.

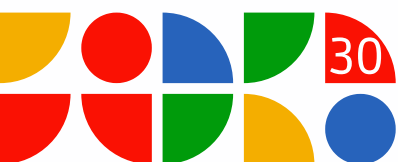
**Por que adotar:** Permite identificar os principais vetores de impacto climático do hospital, apoiar a tomada de decisões sustentáveis e estabelecer metas de mitigação. Além disso, atende às diretrizes da Política Ambiental da Ebserh, à Estratégia da Rede Ebserh, aos requisitos de governança ambiental do IESGo-TCU e contribui com o Brasil no cumprimento dos compromissos climáticos assumidos no Acordo de Paris.

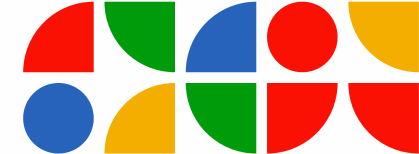
Área do hospital responsável pela prática: GAD

Área da sede responsável pelas diretrizes da prática: DAI

### Como adotar:

- Definir a metodologia de cálculo (ex: GHG Protocol ou ferramenta do MCTI);
- Levantar dados de consumo (fontes fixas e móveis), emissões fugitivas, consumo de energia elétrica, transporte por terceiros, resíduos e insumos com potencial emissor de carbono;
- Calcular a quantidade de CO<sub>2</sub> equivalente por escopo (1, 2 e 3, conforme aplicável);
- Consolidar os dados em relatório anual (ANEXO XVI) com indicadores comparáveis;
- Analisar os resultados e propor estratégias de mitigação e compensação, quando cabível.





# Considerações Finais

Reconhecendo que a evolução institucional é um processo dinâmico, o Guia está sujeito a atualizações periódicas. Futuramente, poderão ser incorporadas novas práticas, como a implementação de **programas de voluntariado**, **Conselho Consultivo** e a aplicação de **pesquisas de satisfação direcionadas à pesquisa e à inovação**. Tais iniciativas visam ampliar o compromisso da Rede Ebserh com a excelência, a participação social e a responsabilidade institucional.

Este Guia representa um passo importante na consolidação de boas práticas de governança, responsabilidade social e sustentabilidade no contexto hospitalar público. Seu conteúdo foi elaborado com base em referenciais técnicos e institucionais, visando apoiar os gestores na melhoria contínua da gestão hospitalar.

## Referências

TCU (2025) - [IESGO](#) - Governança, Sustentabilidade e Inovação

MGI (2025) - [IG-Sest](#) – Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos

IBGC (2023) – [Código das Melhores Práticas de Governança](#)

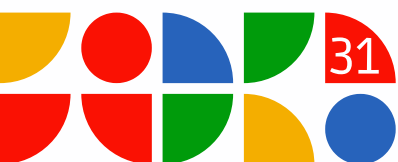
CGU (2023) – [Guia de Integridade para Empresas Públicas](#)

OCDE (2023) – [Princípios de Governança Corporativa](#)

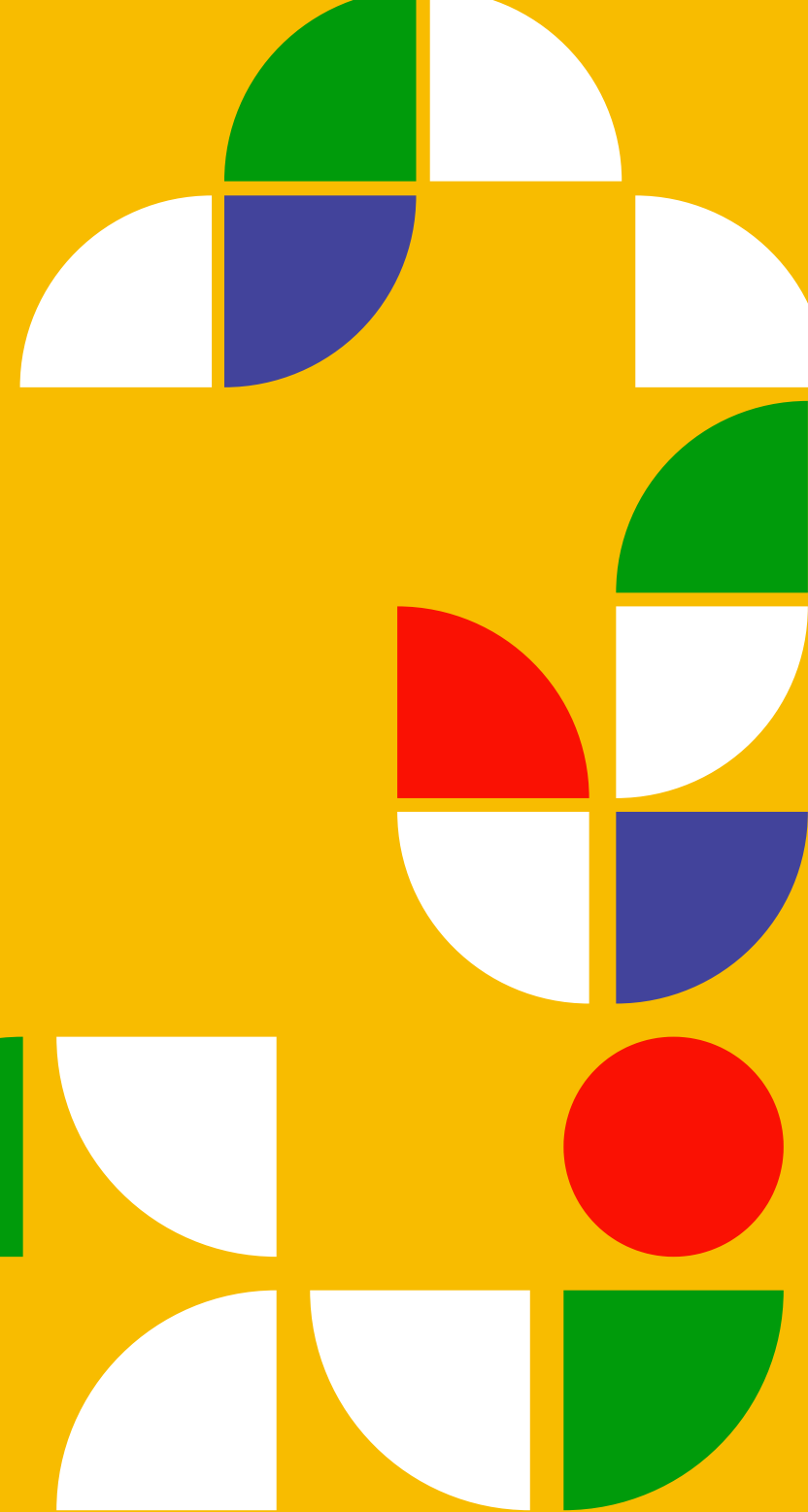
GRI (2021) – [Padrões Universais ESG](#)

ISO 37000 – [Governança de organizações – Orientações](#)

COSO ERM – [Enterprise Risk Management Framework](#)



# ANEXOS



MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



## **ANEXO I – ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DE REUNIÕES DE COLEGIADOS INTERNOS DA REDE EBSERH**

### **1. Objetivo**

Estabelecer orientações para a convocação, organização, condução, registro e acompanhamento das reuniões dos colegiados internos da Rede Ebserh, assegurando transparência, eficácia deliberativa e conformidade com os princípios da governança pública.

### **2. Abrangência**

Aplica-se aos seguintes colegiados instituídos nos Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh:

- Colegiado Executivo;
- Conselho Consultivo; e
- Comitês e Comissões (permanentes ou temporárias).

### **3. Princípios Orientadores**

As reuniões dos colegiados devem observar os seguintes princípios:

- Legalidade e conformidade: observar regimentos internos e normativos aplicáveis;
- Transparência e registro adequado: garantir documentação formal das decisões;
- Eficiência e foco nos resultados: promover objetividade e clareza nas deliberações;
- Participação qualificada: assegurar a presença e contribuição técnica dos membros;
- Responsabilidade e prestação de contas: designar responsáveis pelas ações decorrentes.

### **4. Etapas para Organização da Reunião**

#### 4.1. Planejamento

- Definir data, horário, local e pauta com antecedência mínima de 5 dias úteis;
- Verificar a disponibilidade dos membros e quórum necessário;
- Avaliar a pertinência de convidados ou apoiadores técnicos.

#### 4.2. Convocação

- Formalizar a convocação por e-mail funcional, com:
  - Pauta detalhada, com número dos processos SEI vinculados (com exceção de assuntos que sejam classificados como sigilosos, que devem ser tratados);
  - Materiais de apoio (minutas, pareceres, relatórios);



- Link da sala virtual (se aplicável);
- Indicação de responsáveis pela apresentação dos pontos.

#### 4.3. Preparação de Documentos

- Preparar modelos-padrão de:
  - Ata de reunião;
  - Lista de presença (física ou digital);
  - Planilha de acompanhamento de deliberações;
  - Ficha de encaminhamentos (com prazos e responsáveis).

### **5. Condução da Reunião**

#### 5.1. Abertura

- Verificação de quórum;
- Leitura e aprovação da ata anterior (se houver);
- Apresentação da pauta e regras de fala.

#### 5.2. Discussão e Deliberação

- Conduzir a discussão por item de pauta, promovendo:
  - Equidade de fala;
  - Registro de posições divergentes;
  - Sistematização das propostas;
- As decisões devem ser registradas de forma objetiva e vinculadas a responsáveis e prazos.

#### 5.3. Encerramento

- Recapitular deliberações e próximos passos;
- Definir data da próxima reunião (se aplicável).

### **6. Pós-Reunião**

#### 6.1. Registro

- Redigir a ata em até 5 dias úteis após a reunião;
- Incluir:
  - Participantes presentes;
  - Pauta discutida;
  - Decisões, votos e encaminhamentos com prazos.

#### 6.2. Validação e Publicação



- Submeter a ata para validação dos membros por e-mail (prazo de 5 dias úteis);
- Após validação, disponibilizar:
  - Em repositório institucional do hospital (intranet, sistema);
  - Aos membros e áreas envolvidas nos encaminhamentos.

### 6.3. Acompanhamento

- Manter planilha atualizada com:
  - Deliberações pendentes e concluídas;
  - Prazos e responsáveis;
- Apresentar status em cada reunião subsequente.

## 7. Responsabilidades

Ator	Responsabilidade
Presidente do Colegiado	Convocar, conduzir e assegurar a objetividade e o foco dos debates
Secretaria do Colegiado	Elaborar, divulgar e arquivar documentos de reunião
Membros	Contribuir tecnicamente e cumprir os prazos dos encaminhamentos
Superintendência/Gerências de Atenção à Saúde; Gerências de Ensino e Pesquisa; Gerências Administrativas	Monitorar o funcionamento dos colegiados nas temáticas atinentes à respectiva competência e assegurar efetividade das decisões



## ANEXO II – MODELO DE NOTA TÉCNICA PARA ASSUNTOS DELIBERATIVOS DO COLEX

Nota Técnica nº \_\_\_/20XX/[sigla da unidade responsável]

Assunto: **[Descrição objetiva da matéria a ser apreciada pelo Colex]**

### 1. SUMÁRIO EXECUTIVO

A presente nota técnica tem por finalidade apresentar a [resumo da proposta, indicando o que está sendo submetido à apreciação do Colegiado Executivo, com justificativa concisa e foco nos resultados esperados].

### 2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Breve histórico da demanda ou necessidade institucional, com referências normativas ou estratégicas que justifiquem a elaboração da proposta.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO

Indicação dos dispositivos legais, normativos internos, pareceres técnicos, orientações superiores ou referências estratégicas que embasam a proposta.

### 4. ANÁLISE E PROPOSTA

Descrição clara da solução proposta, apontando eventuais alternativas analisadas, impactos institucionais, operacionais, jurídicos ou financeiros.

### 5. CONCLUSÃO

Por todo o exposto, considerando a análise do tema e proposta apresentada, encaminhamos à consideração superior proposta de [informar resumo da proposta destacando o número do documento anexo/minuta proposta].

(ASSINATURA DIGITAL)

[nome e cargo do responsável técnico]

[nome do gerente ou superintendente da área competente]



## ANEXO III – MODELO DE VOTO PARA ASSUNTOS DELIBERATIVOS DO COLEX

Voto nº \_\_\_/20XX/[sigla da unidade responsável]

Assunto: [Descrição objetiva da matéria a ser apreciada pelo Colex]

### 1. SUMÁRIO EXECUTIVO

Submeto à apreciação deste Colegiado Executivo, com voto favorável do [cargo do membro do colegiado executivo] signatário, a proposta [Resumo da proposta, com justificativa concisa e foco nos resultados esperados].

### 2. CONTEXTUALIZAÇÃO, FUNDAMENTAÇÃO E PROPOSTA

Breve histórico da demanda ou necessidade institucional, com referências normativas ou estratégicas que justifiquem a elaboração da proposta.

Indicação dos dispositivos legais, normativos internos, pareceres técnicos, orientações superiores ou referências estratégicas que embasam a proposta.

Descrição clara da solução proposta, apontando eventuais alternativas analisadas, impactos institucionais, operacionais, jurídicos ou financeiros.

### 3. VOTO

Diante do exposto, voto pela aprovação da proposta conforme apresentada na Nota Técnica nº \_\_\_/20XX/ [unidade], em anexo a este processo.

(ASSINATURA DIGITAL)

[nome e cargo do responsável técnico]

[nome do gerente ou superintendente da área competente]



## ANEXO IV – MODELO DE ATA DE REUNIÕES DE ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO/ COLEGIADOS INTERNOS

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

NIRE (número) CNPJ (número)

[Nome do Hospital Universitário]

ATA DA [NÚMERO]<sup>a</sup> REUNIÃO [ORDINÁRIA/EXTRAORDINÁRIA] DO [NOME DO  
COLEGIADO]

(Ata lavrada na forma de sumário, conforme dispõe o art. [informar artigo e inciso do ato  
que institui o colegiado e que trata das competências do colegiado])

#### I. DATA, HORÁRIO E LOCAL

[Inserir a data da reunião, o horário de início e o local (presencial ou eletrônico). Exemplo:  
15 de julho de 2025, às 14h, na sala de reuniões do Colegiado Executivo]

#### II. CONVOCAÇÃO E QUÓRUM DE INSTALAÇÃO

[Informar se a convocação foi realizada conforme regimento interno e se houve quórum.  
Exemplo: A reunião foi convocada, por e-mail em XX/XX/2025, com quórum mínimo  
atingido para sua instalação.]

#### III. REGISTRO DE PRESENCAS

[Listar todos os(as) membros(as) presentes, com cargo ou função no colegiado. Exemplo:  
Fulano de Tal – Superintendente; Ciclana de Souza – Gerente de Ensino.]

[Se houver ausências justificadas, registrá-las aqui.]

Secretaria dos trabalhos: [Nome do(a) responsável pela secretaria da reunião].

#### IV. PAUTA

[Título do item 1 – incluir número do processo SEI, se houver – incluir se o assunto é  
deliberativo ou informativo];

[Exemplo: Título do item 2 – processo SEI - deliberativo]; e

[Exemplo: Título do item 3 – processo SEI - deliberativo].



## V. REGISTRO DE DELIBERAÇÕES E MANIFESTAÇÕES

Item 1 – [Título resumido do tema]

[Descrever resumidamente o contexto, o parecer ou voto (se houver), as manifestações dos membros e a deliberação final. Exemplo: Aprovado por unanimidade / encaminhado para nova análise.]

Item 2 – [Título resumido do tema]

[Mesmo padrão de descrição acima.]

Item 3 – [Título resumido do tema]

[Mesmo padrão de descrição acima.]

## VI. ENCERRAMENTO

Nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a reunião às [horário de encerramento], da qual eu, [Nome do(a) profissional que redigiu a ata], lavrei a presente ata na forma de sumário. Após lida e aprovada, será assinada eletronicamente pelos(as) participantes no Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

[Espaço para assinaturas eletrônicas dos(as) membros(as) do colegiado e do(a) profissional que redigiu a ata, conforme registro no SEI.]



## ANEXO V – PLANO DE TRANSIÇÃO ENTRE MEMBROS DO COLEX

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

[Nome do Hospital Universitário]

Versão [número] – [mês/ano]

#### 1. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: [Inserir nome completo do hospital]
- Responsável técnico pelo PTG: [Nome, cargo e contato]
- Data de elaboração: [DD/MM/AAAA]
- Periodicidade de revisão: [Ex: Bienal]
- Aprovação pelo Colegiado Executivo: [Data e número da ata]

#### 2. IDENTIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

Gestor(a) que deixa o cargo: [Nome completo / Cargo]

Gestor(a) que assume o cargo: [Nome completo / Cargo]

#### 3. OBJETIVO DO PLANO

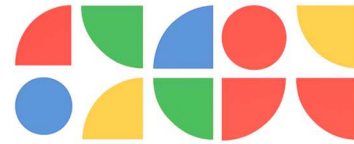
Assegurar a continuidade administrativa, a preservação da memória institucional e a transmissão transparente das responsabilidades durante a transição de gestão.

#### 4. RELATÓRIO DE SITUAÇÃO DA UNIDADE

- Resumo do Plano Diretor Estratégico (PDE);
- Principais projetos em curso e cronograma;
- Relatórios de auditoria, riscos, ouvidoria, integridade;
- Principais desafios e pendências identificadas;

#### 5. INVENTÁRIO DE RESPONSABILIDADES

- Sistemas sob responsabilidade e status de acesso;
- Documentos e contratos em andamento;
- Informações sobre canais de comunicação e senhas institucionais (entregues conforme política de segurança);



## 6. ENCONTROS DE TRANSIÇÃO

Agendas formais de reunião entre os gestores, com participação das áreas técnicas e do SEGOV. Recomenda-se ao menos dois encontros presenciais antes do desligamento.

## 7. CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Declaro que recebi as informações acima descritas e estou ciente da situação da unidade no momento da transição.

Assinatura do(a) gestor(a) que deixa o cargo:

---

Assinatura do(a) gestor(a) que assume o cargo:

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **CHECKLIST DE TRANSIÇÃO DE GESTÃO**

- Cópia do Plano Diretor Estratégico (PDE) atual e status de execução dos projetos
- Relatórios atualizados de auditoria, riscos, ouvidoria, corregedoria
- Indicadores institucionais (assistenciais, administrativos e orçamentários)
- Inventário de documentos e processos sob responsabilidade do cargo
- Situação de contratos em andamento e licitações em curso
- Principais pendências ou tratativas com instâncias externas
- Principais pendências ou tratativas com a Sede
- Acesso aos sistemas: senhas, tokens, delegações de assinatura
- Status de conformidade com obrigações regulatórias
- Registro de reuniões da transição no Colegiado Executivo
- Registro no SEI do Plano de Transição com anexos



## ANEXO VI – RELATÓRIO DE RESULTADOS DO PDE

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

[Nome do Hospital Universitário]

[mês/ano]

#### 1. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: [Inserir nome completo do hospital]
- Responsável técnico pelo Relatório: [Nome, cargo e contato]
- Data de elaboração: [DD/MM/AAAA]
- Periodicidade de referência: Quadrimestral
- Aprovação pelo Colegiado Executivo: [Data e número da ata]

#### 2. APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta os resultados parciais do Plano Diretor Estratégico (PDE) do hospital, com base nos dados de execução dos projetos e indicadores estratégicos locais no período de referência. As informações aqui consolidadas seguem as orientações do Guia de Gestão Estratégica da Rede Ebserh.

#### 3. STATUS DOS PROJETOS ESTRATÉGICOS LOCAIS

Resumo executivo da execução dos projetos incluídos no PDE:

Projeto	Objetivo Estratégico	Status de Execução	Etapas Concluídas	Pendências / Riscos	Responsável

Legenda de Status: Não Iniciado / Em Andamento / Concluído / Reprogramado

#### 4. ANÁLISE DOS INDICADORES LOCAIS

Indicadores associados ao PDE e evolução no período:

Indicador	Meta	Resultado Atual	Evolução	Observações



## 5. ANÁLISE CRÍTICA E RECOMENDAÇÕES

Apontamentos sobre fatores críticos, dificuldades operacionais, recomendações para ajustes de cronograma, reprogramações ou redirecionamentos estratégicos.

## 6. APRECIÇÃO PELO COLEGIADO EXECUTIVO

O presente relatório foi apreciado na reunião do Colegiado Executivo realizada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, com os seguintes encaminhamentos registrados em ata:

- [Encaminhamento 1]
- [Encaminhamento 2]

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



## ANEXO VII – RELATÓRIO CONSOLIDADO DE DENÚNCIAS

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

[Nome do Hospital Universitário]

Versão [número] – [mês/ano]

#### 1. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: [Inserir nome completo do hospital]
- Responsável técnico pelo Relatório: [Nome, cargo e contato]
- Data de elaboração: [DD/MM/AAAA]
- Aprovação pelo Colegiado Executivo: [Data e número da ata]

Período de referência: Trimestral

#### 2. OBJETIVO

Este relatório tem por finalidade dar publicidade, de forma clara e acessível, aos dados consolidados sobre denúncias recebidas e tratadas pelo hospital, em conformidade com os princípios da transparência ativa previstos na Lei nº 12.527/2011, à Lei nº 13.709/2018 (LGPD) e às diretrizes da Rede Ebserh.

#### 3. DEFINIÇÕES

- Denúncia Recebida: relato formal de possível irregularidade ou conduta inadequada, submetido por qualquer cidadão ou servidor, por canal institucional autorizado da Ouvidoria-Geral da Ebserh.
- Denúncia Admitida: denúncia considerada válida para apuração, conforme critérios de admissibilidade.
- Denúncia Arquivada: denúncia rejeitada por ausência de fundamento, duplicidade ou outro motivo técnico.
- Denúncia em Investigação: denúncia admitida e com apuração em curso.
- Denúncia Concluída: denúncia com apuração encerrada, com ou sem recomendação de providência.



#### 4. DADOS CONSOLIDADOS

Categoria	Quantidade no período (último trimestre)	Quantidade no período anterior (penúltimo trimestre)	Observações (se necessário)
Denúncias recebidas	[ ]	[ ]	[...]
Denúncias arquivadas	[ ]	[ ]	[...]
Denúncias admitidas	[ ]	[ ]	[...]
Denúncias em investigação	[ ]	[ ]	[...]
Denúncias concluídas	[ ]	[ ]	[...]

#### 5. OUTROS DADOS E EVOLUÇÃO TEMPORAL

Insira aqui gráficos ou série histórica trimestral/semestral/anuais para fins comparativos. Análises de evolução devem ser inseridas em cada tópico abaixo.

- Áreas mais demandadas [assistencial, médica, administrativa] – apresentar gráfico com percentual
- Categorização por gravidade [leve, média, grave] – apresentar gráfico com percentual
- Taxa de arquivamento por insuficiência de elementos, ausência de autoria e/ou materialidade – gráfico por tipo de arquivamento
- Distribuição dos tratamentos: arquivamento, investigação preliminar, TAC ou PAS – apresentar gráfico
- Número de medidas corretivas implementadas [advertência, suspensão, rescisão por justa causa] - apresentar gráfico
- Tempo médio entre o recebimento e encerramento da denúncia – gráfico comparativo com os quatro últimos trimestres

#### 6. AÇÕES DE MELHORIA E INTERVENÇÕES QUE PRECISAM SER ADOTADAS

Descreva aqui as principais ações de intervenção propostas para o próximo período em razão das dificuldades, falhas recorrentes ou oportunidades de melhoria identificadas a partir do monitoramento das denúncias. As ações podem envolver ajustes de processos, capacitações internas, alterações normativas, revisões de contratos ou protocolos, entre outros



## 7. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Este relatório apresenta apenas dados estatísticos e anonimizados, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). Nenhuma informação pessoal é divulgada.

Para mais informações, dúvidas ou acompanhamento, contate a Ouvidoria do hospital pelo e-mail: [ouvidoria xxxx.@ebserh.gov.br]

Responsável pela elaboração: [Nome e cargo da Ouvidoria ou Unidade responsável]



## ANEXO VIII – PLANO ANUAL DE CAPACITAÇÃO EM ÉTICA, INTEGRIDADE E CONFLITO DE INTERESSES

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Hospital Universitário [Nome da Unidade] – Rede Ebserh

Ano de referência: [20XX]

#### 1. OBJETIVO

Promover a cultura da integridade, prevenir conflitos de interesses e reforçar os princípios éticos no serviço público, por meio de capacitações periódicas para todos os empregados do hospital.

#### 2. DIRETRIZES

- Capacitação obrigatória anual para todos os empregados;
- Inclusão da temática “Conflito de Interesses” conforme Lei nº 12.813/2013;
- Utilização preferencial de plataforma EaD;
- Registros e certificados devem ser arquivados institucionalmente;
- Ações presenciais complementares serão incentivadas.

#### 3. AÇÕES PREVISTAS

AÇÃO	PERIODICIDADE	FORMATO	RESPONSÁVEL
Curso EaD de ética e integridade	Anual	EaD	DIVGP / CDP
Capacitação sobre conflito de interesses	Anual	EaD / Presencial	Comissão de Ética / Unidade de Integridade
Acolhimento de novos empregados com assinatura de termo de ciência – Código de Ética	Contínuo	Presencial / Assinatura digital	RH / Comissão de Ética
Campanhas de comunicação interna (ex: Semana da Integridade)	Semestral	Comunicação interna	DIVGP / Comunicação

#### 4. MONITORAMENTO

Os registros de participação serão acompanhados mensalmente e informados à Superintendência e à Comissão de Ética local, com vistas ao cumprimento do plano anual e das obrigações legais.

Responsável pela elaboração: [Nome, cargo e Unidade do(a) responsável.]



## ANEXO IX – TERMO DE CIÊNCIA SOBRE CÓDIGO DE ÉTICA E CONFLITO DE INTERESSES E REGULAMENTO DE PESSOAL DA EBSEH

Eu, [Nome completo do(a) empregado(a)], matrícula [número], lotado(a) no [setor/unidade], declaro que:

1. Tomei conhecimento integral do Código de Ética e Conduta da Ebserh e do Regulamento de Pessoal da Ebserh;
2. Estou ciente das vedações, deveres e princípios que regem minha conduta como agente público;
3. Tenho ciência sobre os dispositivos da Lei nº 12.813/2013, que trata do conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego no âmbito da administração pública federal;
4. Comprometo-me a observar e respeitar todas as normas e orientações institucionais relacionadas à integridade, à ética e à prevenção de condutas irregulares.

[Local], \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20XX.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_



## ANEXO X – MATRIZ DE RISCOS ESTRATÉGICOS

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

[Nome do Hospital Universitário]

[mês/ano]

#### 1. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: [Inserir nome completo do hospital]
- Responsável técnico pela Matriz: [Nome, cargo e contato]
- Versão: [número] – [mês/ano]
- Aprovação pelo Colegiado Executivo: [Data e número da ata]

#### 2. DESCRIÇÃO

Esta matriz consolida os riscos estratégicos que podem comprometer os objetivos institucionais definidos no Plano Diretor Estratégico (PDE). Cada risco está vinculado a um objetivo estratégico e classificado com base em sua probabilidade e impacto, conforme parâmetros definidos pela ACCIGR/PRES e diretrizes da ISO 31000:2018.

#### 3. MATRIZ

Código do Risco	Descrição do Risco	Categoria	Probabilidade (1-5)	Impacto (1-5)	Nível de Risco (Pxl)	Objetivos Estratégicos Ameaçados	Ação de tratamento Preventiva ou Mitigadora	Área Responsável	Prazo de Execução	Status da Ação
R1	[Descreva o risco estratégico identificado]	[Assistencial / Administrativo / Tecnológico / Legal etc.]				[Indicar aqui um dos objetivos estratégicos do mapa estratégico da Rede Ebserh]	[Descrever ação: plano alternativo, backup, etc.]	[Unidade responsável]	[Data ou frequência da ação]	[Não iniciada / Em andamento / Concluída]
R2	[Descreva o risco estratégico identificado]	[Assistencial / Administrativo / Tecnológico / Legal etc.]				[Indicar aqui um dos objetivos estratégicos do mapa estratégico da Rede Ebserh]	[Descrever ação: plano alternativo, backup, etc.]	[Unidade responsável]	[Data ou frequência da ação]	[Não iniciada / Em andamento / Concluída]
R3	[Descreva o risco estratégico identificado]	[Assistencial / Administrativo / Tecnológico / Legal etc.]				[Indicar aqui um dos objetivos estratégicos do mapa estratégico da Rede Ebserh]	[Descrever ação: plano alternativo, backup, etc.]	[Unidade responsável]	[Data ou frequência da ação]	[Não iniciada / Em andamento / Concluída]
R4	[Descreva o risco estratégico identificado]	[Assistencial / Administrativo / Tecnológico / Legal etc.]				[Indicar aqui um dos objetivos estratégicos do mapa estratégico da Rede Ebserh]	[Descrever ação: plano alternativo, backup, etc.]	[Unidade responsável]	[Data ou frequência da ação]	[Não iniciada / Em andamento / Concluída]
R5	[Descreva o risco estratégico identificado]	[Assistencial / Administrativo / Tecnológico / Legal etc.]				[Indicar aqui um dos objetivos estratégicos do mapa estratégico da Rede Ebserh]	[Descrever ação: plano alternativo, backup, etc.]	[Unidade responsável]	[Data ou frequência da ação]	[Não iniciada / Em andamento / Concluída]

#### Legenda de Criticidade:

Alta: Vermelho | Média: Amarelo | Baixa: Verde

#### Observações:

- A matriz deve ser revisada anualmente ou diante de eventos relevantes.
- Riscos operacionais devem ser monitorados em matrizes setoriais específicas.



## ANEXO XI – PLANO DE CONTINUIDADE DE NEGÓCIOS (PCN)

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

[Nome do Hospital Universitário]

Versão [número] – [mês/ano]

#### 1. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: [Inserir nome completo do hospital]
- Responsável técnico pelo PCN: [Nome, cargo e contato]
- Data de elaboração: [DD/MM/AAAA]
- Periodicidade de revisão: [Ex: Anual ou Bienal]
- Aprovação pelo Colegiado Executivo: [Data e número da ata]

#### 2. OBJETIVO

Assegurar a manutenção das atividades assistenciais, acadêmicas e administrativas críticas do hospital em situações de interrupção não planejada, crise ou desastre, preservando a segurança de pacientes, trabalhadores e sistemas vitais.

#### 3. ESCOPO

Este plano aplica-se a todos os setores essenciais do hospital, abrangendo:

- Atendimento de urgência e emergência;
- UTI e serviços críticos;
- Sistemas de informação e telecomunicações;
- Fornecimento de energia, oxigênio e água;
- Logística de insumos hospitalares e medicamentos;
- Comunicação institucional;
- Processos de ensino e pesquisa em andamento.

#### 4. DIRETRIZES E REFERÊNCIAS

- ISO 22301 – Sistema de Gestão de Continuidade de Negócios
- IESGo-TCU – Avaliação de governança pública
- COSO ERM – Gestão integrada de riscos

#### 5. GOVERNANÇA DO PLANO

- Responsável institucional pelo PCN: [Nome e função]
- Equipe multiprofissional de continuidade: [Listar integrantes por área]
- Canal interno de acionamento: [Telefone/Ramal/Email emergencial]
- Localização do plano impresso e digital: [Intranet, pasta física etc.]



## 6. ANÁLISE DE FUNÇÕES CRÍTICAS

Serviço/Função	Impacto da interrupção	Tempo máximo tolerável (RTO)	Área responsável
[Ex: Pronto atendimento]	[Alto/Médio/Baixo]	[Tempo em horas ou minutos]	[Nome da área/setor]
[Ex: Pronto atendimento]	[Alto/Médio/Baixo]	[Tempo em horas ou minutos]	[Nome da área/setor]
[Ex: Pronto atendimento]	[Alto/Médio/Baixo]	[Tempo em horas ou minutos]	[Nome da área/setor]
[Ex: Pronto atendimento]	[Alto/Médio/Baixo]	[Tempo em horas ou minutos]	[Nome da área/setor]
[Ex: Pronto atendimento]	[Alto/Médio/Baixo]	[Tempo em horas ou minutos]	[Nome da área/setor]

## 7. PLANOS ALTERNATIVOS E CONTINGÊNCIAS

Para cada função crítica identificada, deve-se prever:

- Procedimento alternativo (ex: uso de registros manuais, energia de emergência);
- Local de backup ou realocação de equipe;
- Fornecedores alternativos críticos (oxigênio, EPIs, TI, água, alimentação);
- Fluxo de comunicação e decisão durante a crise, incluindo o acionamento da Conjur/PRES e da ACCIGR/PRES em caso de incidentes com repercussão legal, e da ACCIGR e CCS em casos com potencial repercussão externa ou exposição midiática.

## 8. COMUNICAÇÃO EM CRISE

- Canal interno: [Ex: grupo WhatsApp institucional de crise];
- Porta-voz oficial: [Nome e cargo];
- Modelos prontos de comunicação à imprensa, usuários e órgãos públicos

## 9. TESTES E EXERCÍCIOS SIMULADOS

- Periodicidade mínima: Semestral
- Última simulação realizada em: [Data e cenário testado]
- Próxima simulação prevista para: [Data]
- Responsável pelo exercício: [Nome e setor]
- Relatório do teste anterior: [Local do arquivo ou link SEI]

## 10. REVISÃO E MELHORIA CONTÍNUA

- Registro de lições aprendidas após cada simulado ou incidente real;
- Atualizações do plano devem ser aprovadas em reunião do Colex;
- Auditorias internas/externas podem sugerir ajustes e melhorias.

## 11. ANEXOS

- Lista de contatos emergenciais (chefias, técnicos, fornecedores, profissionais de referência das áreas da Sede da Ebserh);
- Mapas das áreas críticas e rotas de evacuação;
- Procedimentos operacionais padrão (POPs) em contingência;
- Relatórios de riscos e impactos;
- Registro de aprovações e revisões do PCN.



## ANEXO XII – PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA IMPACTO DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E ENDEMIAS

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

[Nome do Hospital Universitário]

Versão [número] – [mês/ano]

#### 1. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: [Inserir nome completo do hospital]
- Responsável técnico pelo Plano: [Nome, cargo e contato]
- Data de elaboração: [DD/MM/AAAA]
- Periodicidade de revisão: [Ex: Anual]
- Aprovação pelo Colegiado Executivo: [Data e número da ata]

#### 2. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes e ações de resposta para situações de emergência decorrentes de eventos climáticos extremos ou surtos de endemias sensíveis ao clima, assegurando a continuidade dos serviços assistenciais e a proteção de pacientes, trabalhadores, infraestrutura e ativos do hospital.

#### 3. ESCOPO

Aplica-se a todas as unidades e setores do hospital, abrangendo eventos como alagamentos, estiagens, colapsos energéticos, ondas de calor, escassez hídrica e surtos de doenças como dengue, Zika, chikungunya e outras relacionadas ao clima.

#### 4. DIRETRIZES E REFERÊNCIAS

- Política Nacional sobre Mudança do Clima (Lei nº 12.187/2009)
- Lei 14.904/2024
- Resolução Conama nº 01/2021
- GRI Standards (302 - Energia; 303 - Água; 305 - Emissões)
- Política Ambiental da Rede Ebserh
- IESGo-TCU e Agenda ESG
- Normas ISO 14001 e ISO 22301 (resiliência organizacional)



## 5. ANÁLISE DE VULNERABILIDADE CLIMÁTICA

Identificação dos principais riscos climáticos locais e setores críticos impactados:

Evento climático extremo	Impacto esperado	Setores afetados	Histórico ou probabilidade local
Alagamento urbano	Inacessibilidade ao hospital e risco a equipamentos	Pronto Atendimento, Subsolos	[Baixa/Média/Alta]
Escassez hídrica	Comprometimento de sanitização e climatização	Centro Cirúrgico, CME, Hotelaria	[Baixa/Média/Alta]
Onda de calor prolongada	Risco a pacientes vulneráveis e falha de ar-condicionado	Internações, UTI	[Baixa/Média/Alta]
Surto de arboviroses (ex: dengue)	Aumento súbito de atendimentos, sobrecarga na triagem, risco de	Pronto Atendimento, Internações, Vigilância Epidemiológica	[Baixa / Média / Alta]

## 6. PLANOS ALTERNATIVOS E CONTINGÊNCIAS

Para cada risco identificado, definir plano de resposta, responsáveis e protocolos de acionamento:

Evento climático	Ação emergencial	Setor responsável	Prazo/condição de execução	Observações

## 7. INTEGRAÇÃO COM PLANOS EXISTENTES

- Alinhar este plano com o Plano de Continuidade de Negócios (PCN);
- Integrar ações ao Plano de Logística Sustentável (PLS);
- Registrar fluxo de ativação no Plano de Gestão de Riscos.

## 8. MONITORAMENTO E ALERTAS

- Acompanhar alertas oficiais (Defesa Civil, INMET, ANA, Secretarias de Saúde);
- Atualizar protocolo de respostas conforme boletins meteorológicos e sanitários.

## 9. TESTES E ATUALIZAÇÃO

- Realizar simulações anuais envolvendo equipes de risco, manutenção, segurança, CCIH e assistência;
- Revisar o plano a cada 12 meses ou após qualquer evento relevante.

## 10. ANEXOS

- Mapas de risco climático da região
- Rotas de evacuação em caso de alagamento
- Contatos de emergência (Defesa Civil, manutenção, fornecedores críticos, vigilância epidemiológica)
- Relatórios de testes ou incidentes anteriores
- Deliberação do Colex aprovando o plano



## ANEXO XIII – RELATÓRIO DE GESTÃO

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

[Nome do Hospital Universitário]

### 1. SUMÁRIO

[Gerar automaticamente após finalização]

### 2. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: [Inserir nome completo do hospital]
- Responsável técnico pelo Relatório: [Nome, cargo e contato]
- Elaboração em: [MM/AAAA]
- Aprovação pelo Colegiado Executivo: [Data e número da ata]

### 3. APRESENTAÇÃO

Este relatório visa prestar contas à sociedade sobre as atividades desenvolvidas pelo hospital ao longo do exercício, alinhando-se aos princípios da administração pública, da governança institucional e aos padrões internacionais de sustentabilidade.

### 4. MENSAGEM DO SUPERINTENDENTE

[Espaço para texto de abertura com visão institucional e destaques do ano]

### 5. SOBRE O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- 5.1 Perfil institucional
- 5.2 Propósito, Visão e Valores da Rede Ebserh
- 5.3 Visão do Hospital
- 5.4 Estrutura Organizacional
- 5.5 População atendida
- 5.6 Vínculo com a universidade
- 5.7 Número de trabalhadores
- 5.8 Serviços ofertados

### 6. AVANÇOS E RESULTADOS ALCANÇADOS NO ÚLTIMO ANO



Apresentar nos subitens seguintes o desempenho nas dimensões: assistência, ensino, pesquisa, governança, gestão de pessoas, tecnologia da informação, sustentabilidade ambiental, inovação, orçamento e riscos.

Importante apresentar em cada eixo análise crítica dos principais avanços (apresentar evolução dos projetos do PDE) e dificuldades em cada dimensão.

Apresentar nos tópicos relacionados todos indicadores institucionais vigentes nos instrumentos de gestão vigentes: Plano Diretor Estratégico (PDE), Acordo Organizativo de Compromissos (AOC) e Contrato de Objetivos.

## 6.1 GOVERNANÇA E RISCOS

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Estrutura de governança local (Colec, CC, Auditoria, Ouvidoria, Setor de Governança e Estratégia – papéis)
- Deliberações e resoluções relevantes
- Gestão de riscos estratégicos

## 6.2 TRANSPARÊNCIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Canais de atendimento e ouvidoria
- Participação em conselhos de saúde
- Ações de aproximação com a comunidade

## 6.3 ATENÇÃO À SAÚDE

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Internações, atendimentos ambulatoriais e cirurgias
- Ocupação e permanência
- Qualidade, Vigilância e Segurança do paciente
- Avaliações e pesquisas de satisfação

## 6.4 ENSINO

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):



- Programas de residência médica e multiprofissional

- Estágios e integração com a universidade

## 6.5 PESQUISA E INOVAÇÃO

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Projetos de pesquisa ativos

- Iniciativas de inovação

## 6.6 GESTÃO AMBIENTAL E SUSTENTABILIDADE

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Execução do Plano de Logística Sustentável (PLS)

- Consumo de energia e água

- Gestão de resíduos

- Ações de eficiência e educação ambiental

- Inventário de GEE (se aplicável)

## 6.7 GESTÃO DE PESSOAS

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Quadro funcional (Ebserh, RJU, terceirizados)

- Ações de capacitação e Qualidade de Vida no Trabalho

- Diversidade e equidade

- Saúde do trabalhador

## 6.8 CONTRATOS, COMPRAS E INFRAESTRUTURA

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Contratos em execução

- Compras sustentáveis

- Execução de obras e reformas



- Investimentos em manutenção predial e tecnológica

- Plano Anual de Compras

## **6.9 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DIGITAL**

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Projetos de modernização da infraestrutura de TI e ampliação da conectividade;

- Implantação e evolução do AGHU e outros sistemas digitais estratégicos;

- Iniciativas de automação de processos;

- Ações do Comitê de Governança Digital e avanços no Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI).

## **6.10 ORÇAMENTO E EXECUÇÃO FINANCEIRA**

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Dotação orçamentária e fontes de receita

- Execução orçamentária por categoria

- Demonstrativos financeiros

- Comparativos com exercícios anteriores

## **6.11 ANÁLISE CRÍTICA E PERSPECTIVAS**

Elabore texto que reúna as seguintes informações (incluindo, sempre que possível, dados, fotos, ilustrações e infográficos):

- Principais desafios enfrentados no exercício

- Projetos e metas para o próximo ano (conforme definido no PDE)

## **7. ANEXOS**

- Links para documentos públicos e sistemas

- Evidências e comprovações complementares



## ANEXO XIV – PLANO DE AÇÃO

### Identificação do Plano

Título do Plano: \_\_\_\_\_

Prática Associada:

- Satisfação do Ensino
- Satisfação de Usuários SUS
- Clima Organizacional

Hospital: \_\_\_\_\_

Área Responsável: \_\_\_\_\_

Período de Vigência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Relatório a ser apresentado ao Colex em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. Diagnóstico e Resultados

Fonte dos Dados:

- Questionário Ensino
- Questionário Usuários SUS
- Questionário Clima Organizacional

Principais Oportunidades de Melhoria Identificadas:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 2. Objetivos do Plano

Objetivo Geral

Agir sobre os desafios, problemas, inconformidades e principais oportunidades de melhoria identificadas, de forma a elevar a satisfação dos públicos envolvidos (estudantes, usuários SUS ou trabalhadores) e aperfeiçoar os resultados a serem mensurados na próxima avaliação.

Objetivos Específicos

1. Implementar ações de melhoria alinhadas às demandas apontadas pelas avaliações.



2. Promover ambiente de ensino, assistência ou trabalho mais qualificado, seguro e humanizado.
3. Garantir monitoramento periódico e transparente dos avanços obtidos.
4. Consolidar evidências e resultados em relatórios anuais ou bienais a serem apresentados ao Colex.

### 3. Ações de Melhoria

Nº	Problema Identificado na Pesquisa	Causa Raiz	Ação Proposta	Responsável pela Execução	Prazo	Recursos Necessários	Indicador de Monitoramento/Situação

### 4. Monitoramento

Periodicidade do Acompanhamento do Plano: Mensal

Relatório de Execução do Plano de Ação: Trimestral, a ser apresentado ao Colex

Relatório da Aplicação dos Instrumentos:  Anual (Ensino e Usuários SUS)  Bienal (Clima Organizacional)

Método de Monitoramento: \_\_\_\_\_

Responsável pelo Monitoramento: \_\_\_\_\_

### 5. Divulgação e Comunicação

Forma de Divulgação dos Resultados:

- Relatório anual ao Colex
- Relatório bienal ao Colex
- Relatório trimestral de execução do plano de ação
- Comunicação interna aos trabalhadores
- Publicação em canais institucionais

### 6. Encerramento do Ciclo

Avaliação dos Resultados Obtidos:

\_\_\_\_\_

Recomendações para o Próximo Ciclo:

\_\_\_\_\_



## ANEXO XV – PLANO DE LOGÍSTICA SUSTENTÁVEL

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

[Nome do Hospital Universitário]

Versão [número] – [mês/ano]

#### 1. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: [Inserir nome completo do hospital]
- Responsável técnico pelo PLS: [Nome, cargo e contato]
- Data de elaboração: [DD/MM/AAAA]
- Periodicidade de revisão: [Ex: Anual ou Bienal]
- Aprovação pelo Colegiado Executivo: [Data e número da ata]

#### 2. O QUE É

Instrumento de planejamento, execução e monitoramento da sustentabilidade institucional, com foco na racionalização do uso de recursos naturais (energia, água), na redução de resíduos sólidos e na adoção de critérios socioambientais em compras e serviços hospitalares. O plano contempla também o estabelecimento de metas quantitativas para eficiência energética e gestão de resíduos, articuladas com ações práticas e indicadores de desempenho.

#### 3. POR QUE ADOTAR

Fortalece o compromisso com a eficiência administrativa e responsabilidade ambiental, gera economia de recursos públicos, melhora a qualidade ambiental dos serviços hospitalares e assegura conformidade com a Instrução Normativa SLTI nº 10/2012, a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010), os referenciais do IESGo-TCU e os padrões internacionais de relatórios de sustentabilidade (GRI, 2021).

#### 4. COMO ADOTAR

- Realizar diagnóstico institucional de consumo de energia, água e geração de resíduos por setor;
- Estabelecer metas mensuráveis para redução de consumo e descarte, por tipo de recurso natural;
- Estabelecer ações corretivas e de melhoria, como automação, otimização de rotinas, capacitação e contratos sustentáveis, associadas às metas, com cronograma de execução e responsáveis definidos;
- Realizar campanhas internas de sensibilização e engajamento dos profissionais;



- Monitorar indicadores e revisar o plano anualmente com base em resultados, auditorias e novos desafios.

## 5. EQUIPE RESPONSÁVEL

Listar os membros da comissão ou equipe de sustentabilidade, com nome, setor e contato.

## 6. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

Apresentar um levantamento dos dados existentes e práticas adotadas em:

- Consumo de energia elétrica e água;
- Geração e destinação de resíduos sólidos;
- Uso de papel, copos descartáveis e materiais de escritório;
- Critérios socioambientais em contratos;
- Situação da frota e mobilidade;
- Uso de impressoras e equipamentos de TI.

## 7. METAS, AÇÕES E INDICADORES

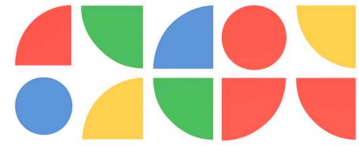
Tema	Indicador de Monitoramento	Meta	Ação	Prazo	Responsável
Energia	Consumo mensal em kWh	Reduzir consumo em 10% até 2026	Instalar sensores de presença e lâmpadas LED	dez/26	Divisão De Logística e Infraestrutura Hospitalar/GAD
Água	Consumo mensal em m <sup>3</sup>	Diminuir consumo em 8% até 2026	Instalar redutores de vazão e revisar instalações	dez/26	Divisão De Logística e Infraestrutura Hospitalar/GAD
Resíduos	Peso mensal de resíduos (kg)	Reduzir em 15% a geração de resíduos comuns	Campanha de segregação e revisão dos contratos de coleta	jun/26	Setor de Hotelaria Hospitalar/GAD
Consumo de descartáveis	Unidades compradas por mês	Reduzir em 50% o uso de copos plásticos	Distribuir canecas institucionais aos trabalhadores	jun/25	Setor De Administração/GAD
Contratações e serviços	Percentual de contratos com cláusulas verdes	Incluir cláusulas ambientais em 100% dos novos contratos	Revisar minutas-padrão e capacitar fiscais	mar/25	Setor De Administração/GAD
Frota e mobilidade	Número de veículos em uso interno	Zerar uso de veículos para deslocamentos internos	Adquirir bicicletas e organizar pontos de apoio	dez/25	Unidade de Suporte Operacional/GAD
Impressoras e TI	Número de páginas impressas/mês	Reduzir em 30% a impressão de documentos	Implantar sistema de autenticação e bilhetagem nas impressoras	dez/25	Setor de Tecnologia da Informação/SUP

## 8. MONITORAMENTO E REVISÃO

- Acompanhamento trimestral das metas estabelecidas
- Apresentação periódica da situação de execução e metas do plano ao Colex
- Elaboração de relatórios anuais de desempenho
- Revisão anual do plano com base em resultados e auditorias

## 9. SENSIBILIZAÇÃO E COMUNICAÇÃO

- Realização de campanhas internas de conscientização ambiental
- Divulgação de resultados em canais institucionais
- Promoção do engajamento dos trabalhadores e setores



## 10. ANEXOS

- Diagnóstico detalhado
- Cálculo das metas
- Evidências de execução das ações
- Atas e registros de reuniões
- Relatórios de acompanhamento



## ANEXO XVI – RELATÓRIO DE INVENTÁRIO DE EMISSÕES DE GASES DE EFEITO ESTUFA

### EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

[Nome do Hospital Universitário]

Versão [número] – [mês/ano]

#### 1. IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Unidade hospitalar: [Inserir nome completo do hospital]
- Responsável técnico pelo Relatório: [Nome, cargo e contato]
- Data de elaboração: [DD/MM/AAAA]
- Aprovação pelo Colegiado Executivo: [Data e número da ata]

#### 2. APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta o inventário de emissões de Gases de Efeito Estufa (GEE) do hospital, com o objetivo de quantificar e monitorar as emissões diretas e indiretas associadas às suas atividades, contribuindo para a adoção de práticas sustentáveis e para a mitigação dos impactos ambientais institucionais.

#### 3. METODOLOGIA ADOTADA

O cálculo das emissões foi realizado com base na metodologia do [GHG Protocol / ferramenta do MCTI / outra], considerando os seguintes escopos:

- Escopo 1: Emissões diretas de fontes próprias (ex: combustíveis de veículos, gases hospitalares);
- Escopo 2: Emissões indiretas pelo consumo de energia elétrica;
- Escopo 3 (quando aplicável): Outras emissões indiretas (ex: transporte terceirizado, resíduos, compras públicas).



#### 4. DADOS DE ATIVIDADE

Apresentar os dados coletados para cada tipo de fonte emissora. Exemplos:

Fonte de Emissão	Unidade de Medida	Quantidade	Período
Emissões fugitivas (óxido nitroso)	kg	[ex: 1.200.000]	jan-dez/[ano-base]
Emissões fugitivas (gás refrigerante)	Kg		jan-dez/[ano-base]
Consumo de óleo diesel (geradores)	litros	[ex: 3.500]	jan-dez/[ano-base]
Gás de cozinha (GLP)	kg	[ex: 800]	jan-dez/[ano-base]
Frota institucional	litros	[ex: 9.000]	jan-dez/[ano-base]
Consumo de energia elétrica	kWh	[ex: 1.200.000]	jan-dez/[ano-base]
Resíduos hospitalares incinerados	kg	[ex: 4.500]	jan-dez/[ano-base]
Resíduos hospitalares encaminhados para aterro	kg		jan-dez/[ano-base]
Resíduos hospitalares encaminhados para compostagem	kg		jan-dez/[ano-base]

#### 5. RESULTADOS DAS EMISSÕES

Com base nos fatores de emissão estabelecidos na metodologia adotada, obtiveram-se os seguintes resultados:

Escopo	Fonte	Emissões (tCO <sub>2</sub> e)	Observações
Escopo 1	Frota e geradores	[calcular]	
Escopo 2	Energia elétrica	[calcular]	
Escopo 3	Resíduos e transporte terceirizado	[calcular]	

#### 6. ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados, recomenda-se:

- Redução do consumo energético e combustíveis fósseis;
- Substituição de veículos por alternativas menos poluentes;
- Otimização de rotas e uso de transporte coletivo;
- Monitoramento contínuo e metas anuais de redução.

#### 7. ANEXOS

- Planilhas de cálculo
- Fatores de emissão utilizados
- Evidências dos dados de consumo
- Certificados ou selos ambientais
- Plano de ação de mitigação

# Guia de Práticas de **Governança Corporativa, Responsabilidade Social e Sustentabilidade**



MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO

